STAATSCOURANT
Officiële uitgave van het Koninkrijk der Nederlanden sinds 1814.
Nr. 44539
10 december
2015

Gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg

Vastgesteld op 24 november 2015
Regeling NR/CU-565

Ingevolge artikel 27, 36, 37 en 38 van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), is de Zorgautoriteit (NZa) bevoegd tot het stellen van regels op het gebied van gespecialiseerde GGZ.

Leeswijzer: integratie Nadere Regel en Spelregels

Met ingang van 2016 zijn de Nadere Regel en de Spelregels voor de DBC-systematiek die voorheen apart werden gepubliceerd, samengevoegd tot één document.

In Hoofdstuk 3 van deze Nadere Regel zijn de regels met betrekking tot de Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's) weergegeven.
Meer uitgebreide informatie over het hele DBC-registratieproces (registreren-valideren-afleiden) en voorbeelden, nadere toelichting en stroomschema's staan vermeld in Bijlage 1: Toelichting op de nadere regel.

Er zijn in veel gevallen directe koppelingen naar teksten in de bijlagen opgenomen. Deze zijn te herkennen aan het feit dat de tekst onderstreept is, en er een grijs blokje verschijnt als de cursor op de tekst staat.

Tussen tekst en bijlage kan eenvoudig heen en weer geschakeld: door 'CTRL +muisklik' wordt doorgeschakeld naar de gekoppelde toelichting. De toetscombinatie 'Alt+pijltjestoets' (rechts/links) zorgt voor terugschakeling naar de oorspronkelijke tekst.

De bijlagen maken integraal deel uit van deze Nadere Regel.

1 Inleiding

1.1 Reikwijdte

Deze regeling is van toepassing op geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (GGZ) als omschreven bij of krachtens de Zorgverzekeringswet (Zvw), niet zijnde generalistische basis GGZ, hierna verder aangeduid als gespecialiseerde GGZ.

1.2 Doel van de regeling

Het doel van deze regeling is het stellen van voorschriften voor de gespecialiseerde GGZ op het gebied van registratie, declaratie, informatie en validatie, die zorgaanbieders in acht moeten nemen bij én voorafgaand aan het declareren van DBC's, ZZP's GGZ en OVP's.

1.3 Begripsbepalingen

In deze regeling wordt verstaan onder:
a. *afwezigheidsdagen:* dagen waarop een patiënt die verblijft bij een instelling, op basis van DBC of ZZP GGZ, afwezig is;
b. *AGB-code:* unieke code die aan een zorgaanbieder is toegekend. Met deze code kan de zorgaanbieder en de praktijk of de instelling worden geïdentificeerd;
c. *algemeen indirecte tijd:* patiëntgebonden tijd, maar de tijd heeft geen betrekking op de uitvoering van een directe behandelactiviteit. Algemeen indirecte tijd wordt geregistreerd bij een multidisciplinair overleg of bij de eindverslaglegging van een behandeltraject;
d. *audit-trail:* zodanige vastlegging van gegevens dat het spoor van basisgegeven naar eindgegeven en omgekeerd achteraf door een externe accountant of, afhankelijk van de aard van de gegevens, door de medisch adviseur kan worden gevolgd en gecontroleerd;
e. *basispakket:* de zorg behorend tot het verplicht verzekerd pakket op grond van de Zvw;
f. *behandelaar DBC:* zorgaanbieder die op de DBC-beroepentabel voorkomt en activiteiten, verrichtingen en deelprestaties verblijf kan registreren. Een behandelaar kan tevens een hoofdbehandelaar zijn;
g. *crisis-DBC:* een crisis-DBC wordt geopend in een crisissituatie. Een crisissituatie is een acute situatie die direct ingrijpen noodzakelijk maakt teneinde direct gevaar voor de persoon of de omgeving af te wenden, dan wel om ernstige overlast te beëindigen. De crisissituatie kan het gevolg zijn van een geestesstoornis d.w.z. een ernstige stoornis van het oordeelsvermogen, in het bijzonder een psychotische toestand waarbij het handelen voortkomt uit hallucinaties of waanvoorstellingen, acute dreiging van suïcide of ernstige verwardheid als gevolg van een organische hersenaandoening. Alleen instellingen met een 24-uurs crisisdienst met een regionale functie mogen een crisis-DBC openen;
h. *dagbesteding:* het bevorderen, behouden of compenseren van de zelfredzaamheid van de patiënt. Dagbesteding vindt altijd plaats in het kader van de (psychiatrische) behandeling en is terug te vinden in het behandelplan van de patiënt;
i. *DBC: Diagnose Behandeling Combinatie:* een DBC omvat het traject dat een patiënt doorloopt als hij zorg nodig heeft voor een specifieke diagnose, vanaf het eerste contact bij een gespecialiseerde GGZ-aanbieder tot en met de behandeling die hier eventueel uit volgt. De DBC vormt de basis voor de declaratie van deze geleverde zorg;
j. *DBC-dataset:* de gegevens die verzameld en aangeleverd moeten worden conform de Regeling 'Verplichte aanlevering minimale dataset gespecialiseerde GGZ';
k. *DBC-tarief:* het bedrag dat per DBC in rekening wordt gebracht conform de algemene tariefbeschikking DBC GGZ;
l. *DBC-traject:* de gehele periode waarin alle activiteiten (openen/typeren/registreren/sluiten van één DBC) in het kader van de behandeling van een patiënt worden uitgevoerd;
m. *direct patiëntgebonden tijd:* de tijd waarin een behandelaar, in het kader van de diagnostiek of behandeling, contact heeft met de patiënt of met familieleden, gezinsleden, ouders, partner of andere naasten (het systeem) van de patiënt;
n. *hoofdbehandelaar:* de hoofdbehandelaars in de gespecialiseerde GGZ zijn BIG-geregistreerd en hebben een GGZ-specifieke opleiding gevolgd, te weten: psychiater, klinisch psycholoog, klinisch neuropsycholoog, psychotherapeut, specialist ouderengeneeskunde, verslavingsarts in profielregister KNMG, klinisch geriater, verpleegkundig specialist GGZ en GZ-psycholoog. De Minister heeft deze beroepen aangewezen als hoofdbehandelaar;

o. *hoofdgroepen:* DSM-IV diagnosetyperingen zijn ingedeeld in hoofdgroepen. Er zijn in totaal 14 hoofdgroepen;
p. *indirect patiëntgebonden reistijd:* de tijd die de behandelaar besteedt aan het reizen van en naar de patiënt die buiten de instelling behandeling, begeleiding of verpleging ontvangt;
q. *indirect patiëntgebonden tijd:* de tijd die de behandelaar besteedt aan zaken rondom een contactmoment (de direct patiëntgebonden tijd in het kader van de diagnostiek of behandeling), maar waarbij de patiënt (of het systeem van de patiënt) zelf niet aanwezig is. Onder indirect patiëntgebonden tijd valt bijvoorbeeld: het voorbereiden van een activiteit, verslaglegging in het kader van een activiteit of hersteltijd na een intensieve behandelsessie. Puur administratieve taken (zoals het maken van een afspraak) vallen niet onder indirect patiëntgebonden tijd;
r. *initiële DBC:* een DBC die wordt geopend voor een eerste of nieuwe primaire zorgvraag van een patiënt. De initiële DBC is altijd de eerste DBC in een zorgtraject;
s. *lekenomschrijving:* ten behoeve van patiënten in niet-medische terminologie verklarende omschrijving van het in rekening gebrachte DBC-tarief;
t. *Minimale Dataset (MDS):* via de Minimale Dataset leveren zorgaanbieders gegevens uit de basisregistratie aan, die inzicht geven in de geleverde en gedeclareerde zorg. In de MDS staan zowel data die verplicht moeten worden aangeleverd als ook data die optioneel kunnen worden aangeleverd. De MDS wordt vastgesteld door de NZa;
u. *nevendiagnose:* als overige stoornissen zorgverzwarend werken, kunnen deze worden geregistreerd als nevendiagnosen;
v. *niet-patiëntgebonden activiteiten:* activiteiten zoals scholing, algemene vergaderingen, intervisies over het functioneren van collega's, productontwikkeling en het lezen van vakliteratuur;
w. *onderlinge dienstverlening:* de zorg als bedoeld in artikel 1 onder b van de Wmg, die een zorgaanbieder verleent als onderdeel van een door een andere zorgaanbieder uit te voeren prestatie op het gebied van gespecialiseerde GGZ. De eerstgenoemde zorgaanbieder wordt in dit kader aangeduid als 'uitvoerende zorgaanbieder'. De laatstgenoemde zorgaanbieder wordt in dit kader aangeduid als de 'opdrachtgevende zorgaanbieder';
x. *opeenvolgende zorgtrajecten:* er is sprake van verschillende diagnoses waarvan één diagnose het meest dringend is. Er is dan sprake van één primaire diagnose en meerdere nevendiagnoses in een opeenvolgend zorgtraject;
y. *overige deelprestatie:* een deelprestatie binnen de DBC-systematiek, niet zijnde een deelprestatie verblijf. Een overige deelprestatie is niet hetzelfde als een overig product;
z. *overig product (OVP):* vormen van zorg die onder de reikwijdte van de Wmg vallen, maar die zich (nog) niet lenen voor onderbrenging in de reguliere DBC-productstructuur of de ZZP GGZ-zorgproducten. Een overig product is niet hetzelfde als een overige deelprestatie;
aa. *parallelle DBC-zorgtrajecten:* hiervan is sprake als er verschillende diagnoses zijn met een gelijkwaardig belang, waarbij de hoofdbehandelaar substantieel verschillende behandelingen in moet zetten;
bb. *patiëntgebonden activiteiten:* activiteiten die een behandelaar uitvoert in het kader van de diagnostiek en behandeling van een patiënt;
cc. *prestatiebeschrijving:* een gedetailleerde beschrijving van de prestatie die geleverd wordt. De prestatiebeschrijvingen van de DBC's, ZZP's GGZ en OVP's zijn opgenomen in de bijlage van de beleidsregel 'Prestaties en tarieven gespecialiseerde GGZ';
dd. *primaire diagnose:* de hoofdbehandelaar geeft per zorgtraject aan welke van de geregistreerde stoornissen op as I en/of as II de reden voor behandeling is. Dit wordt de primaire diagnose genoemd;
ee. *toeslagen:* een toeslag die in combinatie met een ZZP GGZ afgesproken kan worden;
ff. *verblijfsdag DBC:* hierbij gaat het om een 'kale verblijfsdag'. In het tarief van de verblijfprestatie is wel de verpleging en verzorging meegenomen, maar niet de behandeling;
gg. *vervolg-DBC:* een DBC die volgt op een initiële DBC of een voorgaande vervolg-DBC. Een vervolg-DBC heeft altijd dezelfde primaire diagnose als de eerder afgesloten initiële DBC of vervolg-DBC;
hh. *WTZi-zorgaanbieder:* zorgaanbieder die op basis van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) een toelating heeft om zorg te leveren binnen de Zvw;
ii. *Zorgtraject:* een zorgtraject omvat de totale zorg die wordt geleverd in het kader van de behandeling van één primaire diagnose. Een initiële DBC, met eventueel één of meerdere vervolg-DBC's, vormen het zorgtraject;
jj. *zorgtype:* het zorgtype beschrijft de reden van het (eerste) contact tussen de zorgaanbieder en de patiënt;
kk. *zorgvraagzwaarte (DBC):* de patiëntkenmerken die bij aanmelding/intake voorspellend zijn voor wat betreft de zorgzwaarte in termen van behandelinzet (duur, setting, behandelminuten) en zorgkosten;
ll. *zorgvraagzwaarte-indicator (DBC):* indicator van de zorgvraagzwaarte van een patiënt. Deze indicator bestaat uit zeven items van 001 tot en met 007. Daarbij is 000 de code indien er geen zorgvraagzwaarte afgeleid kan worden, bijvoorbeeld wanneer de diagnose niet is ingevuld. De laagste zorgvraagzwaarte wordt aangegeven met code 001;
mm. *ZZP:* zorgzwaartepakket;

nn. *ZZP GGZ-zorgproduct (ZZP GGZ):* Een ZZP GGZ is een volledig pakket van intramurale geestelijke gezondheidszorg met behandeling dat aansluit op de kenmerken van de patiënt en de soort zorg die de patiënt nodig heeft. Een ZZP GGZ bestaat uit een beschrijving van het type patiënt (een patiëntprofiel), het aantal uren zorg dat bij dit patiëntprofiel beschikbaar wordt gesteld en een beschrijving van die zorg. Het betreft de volgende prestaties: ZZP's GGZ B3 t/m B7 inclusief en exclusief dagbesteding en ZZP GGZ Klinische Intensieve Behandeling (KIB).

1.4 Opbouw regeling

Er bestaan drie typen zorgprestaties in de gespecialiseerde GGZ:
Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's),
ZZP GGZ-zorgproducten (ZZP's GGZ) en
Overige producten (OVP's).

Deze regeling beschrijft per type zorgprestatie welke voorschriften gelden. In hoofdstuk 2: Algemene bepalingen wordt beschreven hoe de samenloop en afbakening tussen de verschillende typen prestaties is. Verder staan hier alle voorschriften die voor alle zorgprestaties gelden. In hoofdstuk 3, 4 en 5 staan per type zorgproduct specifieke voorschriften.

2 Algemene bepalingen

2.1 Afbakening

Gespecialiseerde GGZ omvat geneeskundige geestelijke gezondheidszorg als omschreven bij of krachtens de Zvw, behalve de generalistische basis-GGZ. Dit omvat behandeling al dan niet gepaard met verblijf.

De gespecialiseerde GGZ die geleverd wordt en valt binnen de kaders van het basispakket wordt in beginsel bekostigd door een DBC of ZZP GGZ. In enkele specifieke gevallen, en op het moment dat GGZ wordt geleverd die niet binnen het basispakket valt, moet een OVP voor de geleverde zorg in rekening worden gebracht.

Verblijf gericht op behandeling valt onder de Zvw totdat sprake is van in totaal 1.095 dagen aaneengesloten verblijf met behandeling. Voor de berekening of sprake is van 1.095 dagen gaat het zowel om verblijf gericht op GGZ (onder de Zvw)[1] als om verblijf in het kader van een somatische behandeling.

Na deze 1.095 dagen intramurale behandeling met verblijf wordt de zorg niet verder bekostigd onder het regime van de Zvw.

Bij de telling van aaneengesloten verblijf wordt een onderbreking van ten hoogste 30 dagen niet als onderbreking beschouwd, maar deze dagen tellen niet mee voor de berekening van de 1.095 dagen. In afwijking van het voorgaande geldt dat onderbrekingen wegens weekend- en vakantieverlof wel mee tellen voor de berekening van de 1.095 dagen. Voor enkele specifieke bepalingen over de telling, in het bijzonder ten aanzien van het registreren en in rekening brengen van deze dagen, wordt verwezen naar paragraaf 4.1 Algemene registratiebepalingen en paragraaf 4.2 Declaratiebepalingen ZZP GGZ-zorgproducten van deze regeling.

2.2 Bekostigingsonderscheid DBC versus ZZP GGZ

Op het moment dat een patiënt wordt doorverwezen naar de gespecialiseerde GGZ en hier in behandeling wordt genomen, wordt een DBC GGZ geopend. Op het moment dat er sprake is van 365 aaneengesloten dagen verblijf gericht op behandeling, wordt vanaf de 366e dag tot en met de 1095e dag de langdurige intramurale op behandeling gerichte GGZ bekostigd middels een ZZP GGZ.

2.3 Samenloop DBC, ZZP GGZ en OVP

Een zorgaanbieder mag niet tegelijkertijd een ZZP GGZ en een DBC GGZ registreren en in rekening brengen voor één en dezelfde patiënt. Na 365 dagen aaneengesloten verblijf met behandeling worden dus alle DBC's GGZ gesloten. Een zorgaanbieder mag wel een DBC in het kader van medisch specialistische zorg gelijktijdig met een DBC GGZ of een ZZP GGZ registreren en in rekening brengen.

Een zorgaanbieder mag wel een OVP in combinatie met zowel een DBC GGZ als een ZZP GGZ

---

[1] Voor de telling van de 1.095 dagen telt het aantal dagen verblijf gericht op behandeling die onder andere bekostigingsregimes zijn ontvangen, niet mee.

registreren en in rekening brengen. Uitzondering hierop zijn de OVP's Beeldvormend onderzoek/ klinisch-chemische en microbiologische laboratoriumonderzoeken in opdracht van een GGZ-aanbieder voor patiënten die extramurale gespecialiseerde GGZ ontvangen. Deze OVP's kunnen alleen in rekening worden gebracht als sprake is van een extramurale behandeling. Dit OVP kan dus nooit in rekening worden gebracht in combinatie met een ZZP GGZ of tijdens het verblijf binnen een DBC GGZ.

3 Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's)

3.1 Registratieproces

In dit hoofdstuk worden achtereenvolgens de algemene registratiebepalingen, het openen van een DBC, het typeren van een DBC, het registreren op een DBC en het sluiten van een DBC besproken. Meer uitgebreide informatie over het gehele proces (registreren-valideren-afleiden) en voorbeelden, nadere toelichting en stroomschema's staan vermeld in Bijlage 1: Toelichting op de nadere regel.

3.1.1 Algemene registratiebepalingen

1. De registratie van de geleverde zorg in de administratie van de zorgaanbieder is volledig, juist en actueel.
2. De hoofdbehandelaar is verantwoordelijk voor de vastlegging van de daadwerkelijk verleende zorg in de door de NZa vastgestelde activiteiten en voor de juistheid van het gehele DBC-traject. Een uitgebreide beschrijving van de (verantwoordelijkheden van de) hoofdbehandelaar is te vinden in Bijlage 2: Hoofdbehandelaar.
3. Voordat er een DBC geregistreerd kan worden moet er eerst een zorgtraject geopend worden. De registratie van het zorgtraject start op het moment dat een patiënt zich (met een nieuwe zorgvraag) aanmeldt. Het zorgtraject bestaat altijd uit één initiële DBC, en mogelijke vervolg-DBC's. Zie ook Openen DBC's.
4. Onder voorwaarden kunnen bij één zorgaanbieder (instelling of vrijgevestigde) maximaal *drie* reguliere zorgtrajecten per patiënt open staan. Dit kan als er sprake is van meerdere primaire diagnoses waarvoor gelijktijdig substantieel verschillende behandelingen moeten worden ingezet. Zie ook 3.1.3 Typeren van DBC's.
   N.B.: Daarnaast is het mogelijk om een *vierde* parallel zorgtraject te openen, wanneer dit een crisis-DBC is[2].

3.1.2 Openen DBC's

1. Het openen van een DBC is een administratieve handeling. Iedereen onder verantwoordelijkheid van de hoofdbehandelaar kan een DBC openen.
2. De openingsdatum van een DBC is gelijk aan de datum waarop de eerste directe of indirecte patiëntgebonden activiteit door de behandelaar plaatsvindt. Een uitzondering hierop geldt bij enkele vervolg-zorgtypen. Zie onderdeel Wanneer een vervolg-DBC openen in Bijlage I.
3. Openen initiële DBC
   De hoofdbehandelaar moet een initiële DBC openen als:
   – een nieuwe patiënt zich aanmeldt;
   – een bekende patiënt voor een andere primaire diagnose in zorg komt;
   – een bekende patiënt zich aanmeldt met dezelfde primaire diagnose, maar 365 dagen verstreken zijn sinds het sluiten van de vorige DBC;
   – bekostiging van de zorg vanuit een andere bekostigingssystematiek overgaat naar de Zvw.
   In het onderdeel 3.1.2 Openen DBC's in Bijlage I staat een verdere uitwerking van de situaties waarin een initiële DBC geopend moet worden.
4. Openen vervolg-DBC
   De hoofdbehandelaar opent een vervolg-DBC als:
   – een (initiële of vervolg-)DBC 365 dagen openstaat en de behandeling nog niet afgerond is;
   – een patiënt weer terug in zorg komt voor dezelfde diagnose binnen 365 dagen na afsluiting van de voorgaande DBC. Een alternatief is het heropenen van de DBC;
   – als een zorgaanbieder de behandeling van een patiënt overneemt van een andere zorgaanbieder, nadat deze behandelaar een second opinion heeft uitgevoerd.
   In het onderdeel 3.1.2 Openen DBC's in Bijlage I staat een meer uitgebreid overzicht van de situaties waarin een vervolg-DBC geopend moet worden.
5. Er wordt géén vervolg-DBC geopend als de patiënt in aanmerking komt voor Basis GGZ, en voldoet aan één van de patiëntprofielen daarvan. In dat geval wordt de patiënt verwezen naar de Basis GGZ.

[2] Het openen van een crisis-DBC is alleen toegestaan aan instellingen met een 24-uurs dienst onder bepaalde voorwaarden. Zie voor meer informatie artikel 3.1.6 Crisis-DBC en 3.1.6 Crisis-DBC's' in Bijlage I.

3.1.3 Typeren van DBC's

Het gaat hier om vastleggen van de identificatiegegevens van de patiënt, het zorgtype en het vastleggen van de classificatie van de (primaire) diagnose van de patiënt.

1. Uitsluitend de hoofdbehandelaar mag typeren. De DBC moet bij het sluiten volledig en juist getypeerd zijn.

Onderdeel I – Vastleggen identificatiegegevens van de patiënt

2. Welke gegevens de zorgaanbieder (bij een initiële DBC) in ieder geval moet invullen bij de identificatiegegevens van een patiënt, is gebaseerd op de MDS. Dit zijn de volgende gegevens:
   – naam patiënt;geboortedatum;
   – geslacht;
   – postcode (wijkcode);
   – burgerservicenummer (BSN);
   – unieke identificatie zorgverzekeraar[3] (conform het UZOVI-register).

Onderdeel II – Vastleggen van het zorgtype

3. De hoofdbehandelaar noteert het zorgtype van een initiële of een vervolg-DBC dat het beste de aanleiding tot zorg beschrijft. Zie het onderdeel 3.1.3.3 Vastleggen zorgtype in bijlage I voor meer informatie, en Bijlage 3: Zorgtypen voor een overzicht van alle zorgtypen.

Onderdeel III – Classificeren van de diagnose

4. De hoofdbehandelaar registreert de diagnoseclassificatie conform DSM-IV-TR[4]. De diagnose moet geregistreerd worden op vijf assen. Zie voor uitgebreide toelichting het onderdeel 3.1.3.4 Vastleggen diagnoseclassificatie in bijlage I.

Registreren primaire diagnose

5. Nadat de diagnose op alle assen is geregistreerd kan de hoofdbehandelaar aangeven wat de primaire diagnose is die hoort bij het zorgtraject. De primaire diagnose is de belangrijkste reden voor behandeling, en kan alleen uit een diagnose op As 1 of As 2 worden geselecteerd. Niet alle diagnoses op die assen kunnen gekozen worden als primaire diagnose:
   – De primaire diagnose kan niet een van de volgende codes zijn: '799.9 Diagnose/aandoening uitgesteld' of 'V71.09 Geen diagnose of aandoening op As 2 aanwezig'.
   – Als er bij een diagnose op As 2 'Trekken van.' wordt gescoord, kan deze wel dienen als primaire diagnose.
   – De code op As 2 voor zwakzinnigheid of zwakbegaafdheid kan niet als primaire diagnose geregistreerd worden (hieronder vallen ook de codes voor stoornissen in de kindertijd op As 2).

   Zie ook het onderdeel 3.1.3.5 Registreren primaire diagnose in bijlage I.

Meerdere (primaire) diagnoses

6. Er kan sprake zijn van meerdere (primaire) diagnoses. Dit kan leiden tot:
   – Parallelle zorgtrajecten
     Voorwaarde hiervoor is dat de verschillende diagnoses apart benoemd worden in de lijst met mogelijke parallelle diagnoses én dat te verantwoorden is dat gelijktijdig substantieel verschillende behandelingen worden ingezet.
   – Seriële zorgtrajecten
     Hiervan is sprake als er verschillende diagnoses zijn waarvan één het meest dringend is (comorbiditeit) en het eerst behandeld wordt. De voorwaarde voor opeenvolgende DBC's en bijbehorende zorgtrajecten is dat de primaire diagnoses van elkaar verschillen.

   Meer gedetailleerde richtlijnen staan in het onderdeel 3.1.3.6 Omgaan met meerdere primaire diagnoses in bijlage I.

3.1.4 Registreren

Zodra een DBC geopend is kunnen activiteiten en verrichtingen op verschillende categorieën geregistreerd worden: diagnostiek en behandeling, dagbesteding, verblijf en verrichtingen. De codelijst die hiervoor gebruikt moet worden is te vinden in Bijlage 4: Activiteiten en verrichtingen.

---

[3] Unieke ZorgVerzekeraarsIdentificatie is een identificatie van de zorgverzekeraars in Nederland.
[4] Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.

Daarin zijn ook de meer uitgebreide definities van de activiteiten en verrichtingen beschreven.

1. Alle behandelaren van wie het beroep op de openingsdatum van de DBC is opgenomen in de DBC-beroepentabel (Bijlage 5: DBC-Beroepentabel) kunnen op een DBC registreren.
2. Behandelaren moeten bij het registreren gebruik maken van de codes die op de registratiedatum in de activiteiten- en verrichtingenlijst staan. Bij het registreren van patiëntgebonden activiteiten moet worden aangeven of het om directe of indirecte (reis)tijd gaat. In de codelijst in Bijlage 4: Activiteiten en verrichtingen staat per activiteit aangegeven welke vormen van tijd geregistreerd mogen worden.
3. Een behandelaar mag alleen de patiëntgebonden tijd, in het kader van de diagnostiek of behandeling, registreren die hij daadwerkelijk heeft besteed aan die activiteit. Niet-patiëntgebonden activiteiten, zoals scholing, het lezen van vakliteratuur, algemene vergaderingen en intervisiebijeenkomsten, mag de (hoofd)behandelaar niet op een DBC registreren.
4. De behandelaar mag alleen reistijd registreren als de reistijd in het teken staat van direct patiëntgebonden activiteiten. Als de patiënt niet verschijnt (no-show), dan mag de behandelaar de reistijd alsnog registreren. De tijd van het ingepland contact mag in geval van een no-show niet worden geregistreerd. Er mag géén reistijd geregistreerd worden als er gereisd moet worden naar een andere locatie binnen de eigen organisatie (WTZi instelling).
5. Wanneer de behandelaar in het kader van diagnostiek of behandeling van de patiënt tijd besteedt aan het 'systeem van de patiënt' (familieleden, gezinsleden, ouders, partner of andere naasten), moet hij deze tijd registreren op de DBC van de betreffende patiënt.
6. De behandelaar verdeelt, in geval van meerdere behandelvormen tijdens één sessie met een patiënt, de bestede tijd naar verhouding over deze behandelvormen.
7. Wanneer een patiënt groepstherapie krijgt waarbij meerdere mensen tegelijkertijd behandeld worden, deelt de behandelaar zijn bestede tijd door het aantal deelnemers. Het maakt daarbij niet uit op grond van welke bekostiging (Forensische Zorg (FZ), Zvw, Wet langdurige zorg (Wlz), Jeugdwet etc.) de behandelingen van die patiënten gefinancierd worden.
8. In het geval van een open inloopspreekuur verdeelt de behandelaar de tijd die hij in totaal besteedt aan de patiënten evenredig over het aantal patiënten dat hij tijdens het spreekuur heeft gezien.
9. Zorgaanbieders mogen op hun eigen manier invulling geven aan het registreren van de werkelijk bestede tijd. Het is ook toegestaan om standaardtijden of normtijden[5] per activiteit vast te stellen.
10. In het geval van onderlinge dienstverlening registreert de opdrachtgevende zorgaanbieder de activiteiten die de uitvoerende zorgaanbieder heeft uitgevoerd op de bestaande DBC. De registratievereisten uit deze regeling zijn voor de opdrachtgevende zorgaanbieder onverkort van toepassing op activiteiten in het kader van onderlinge dienstverlening. De opdrachtgever betaalt de opdrachtnemer buiten de DBC-systematiek om. Zie ook het onderdeel 3.1.4.10 Onderlinge dienstverlening in bijlage I.

Categorie I – Diagnostiek en behandeling

11. Alle behandelaren van wie het beroep op de openingsdatum van de DBC is opgenomen in de DBC-beroepentabel, kunnen op de DBC diagnostiek en behandeling registreren.
12. In het kader van een behandeling moeten beroepen die onder het beroepencluster 'somatische beroepen' vallen (Zie Bijlage 5: DBC-Beroepentabel), hun tijd ook verantwoorden via activiteiten die het best passen bij de behandelingen die opgenomen zijn in Bijlage 4: Activiteiten en verrichtingen.
13. Als behandelaren nog bezig zijn met een vervolgopleiding, registreren zij onder het beroep van de opleiding die zij op het moment van behandelen hebben afgerond (indien dat beroep voorkomt in de DBC-beroepentabel). Er mag niet geregistreerd worden op het beroep waarvoor iemand nog in opleiding is.
14. Beroepen die 24-uurscontinuïteitszorg leveren, registreren hun bestede tijd tijdens het verblijf van een patiënt niet, omdat deze tijd is verwerkt in het tarief voor verblijf.

Categorie II – Dagbesteding

15. Iedereen, onder verantwoordelijkheid van de hoofdbehandelaar, kan binnen de DBC dagbesteding registreren.
16. Er zijn vijf vormen van dagbesteding te onderscheiden. Deze staan beschreven in onderdeel 3.1.4.16 Vormen van dagbesteding in Bijlage I. Zie voor de te gebruiken codes Bijlage 4: Activiteiten en verrichtingen.
17. Er geldt een aantal voorwaarden voor het registreren van dagbesteding:
    – Dagbesteding is in het kader van de (psychiatrische) behandeling.
    – Dagbesteding is terug te vinden in het behandelplan opgesteld door de behandelaar.
    – De patiënt is daadwerkelijk aanwezig.

[5] De zorgaanbieder is verantwoordelijk voor de normtijden en het herijken/updaten hiervan.

18. Tijdens dagbesteding kan de behandelaar géén direct patiëntgebonden behandelactiviteiten registreren.
19. Dagbesteding mag niet geregistreerd worden met verblijf zónder overnachting.
    – Voor een nadere toelichting zie het onderdeel 3.1.4.15 – 3.1.4.19 Dagbesteding registreren in bijlage 1.

Categorie III – Verblijf

Bij de registratie van verblijf wordt onderscheid gemaakt tussen verblijf met overnachting en verblijf zonder overnachting. Verblijf wordt altijd geregistreerd op basis van dagen aanwezigheid door middel van deelprestaties verblijf. De codes die bij registratie gebruikt moeten worden staan in Bijlage 4: Activiteiten en verrichtingen, een uitgebreide beschrijving van de verschillende verblijfscategorieën staat in onderdeel Bijlage 6: Deelprestaties verblijf.

20. Iedereen onder verantwoordelijkheid van de hoofdbehandelaar mag verblijfsdagen registreren.

Verblijfsdag met overnachting

21. Een verblijfsdag met overnachting mag alleen geregistreerd worden als de patiënt op zijn laatst om 20:00 uur is opgenomen en 's nachts in de instelling verblijft. De dag van opname en de daarop volgende nacht gelden als één verblijfsdag. De dag waarop de patiënt 'ontslagen' wordt – en dus niet 's nachts in de kliniek verblijft – geldt niet als verblijfsdag.
22. Voor de keuze van de deelprestatie verblijf is de zorgvraag van de patiënt leidend. Op basis van de zorgvraag van de patiënt is één van de zeven prestaties van verblijf van toepassing welke het meest overeenkomt met de beschreven verblijfszorg. Declaratie vindt plaats in overeenstemming met de verblijfsdagen die telkens, volgens de zorgvraag van de patiënt, van toepassing zijn.

Verblijfsdag zonder overnachting

Een verblijfsdag zonder overnachting wordt geregistreerd, als er sprake is van de aanwezigheid van een patiënt gedurende een groot deel van de dag (gemiddeld tussen 09.00 en 17.00 uur), omdat de patiënt behandeling dan wel diagnostiek krijgt.

23. Verblijf zonder overnachting mag alleen geregistreerd worden als aan een aantal voorwaarden is voldaan:
    – Er zijn niet meer dan vier uren aan direct patiëntgebonden activiteiten[6] op deze dag uitgevoerd.
    – Ondersteuning van VOV-personeel is noodzakelijk voor een goed verloop van diverse behandel- en/of diagnostiekactiviteiten.
    – Er is geen sprake van aaneengeschakelde behandeling van de patiënt binnen één dagdeel.
    – Er vinden op die dag minimaal twee direct patiëntgebonden activiteiten (diagnostiek en/of behandeling) of een verrichting ECT plaats.

    Zie voor meer informatie het onderdeel 3.1.4.20 – 3.1.4.24 Verblijf registreren in bijlage I.
24. De op de dag uitgevoerde behandel- en/of diagnostiekactiviteiten maken geen onderdeel uit van de verblijfsdag zonder overnachting en moeten ook geregistreerd worden op de DBC.

Categorie IV – Verrichtingen

Binnen de zorgcategorie verrichtingen wordt een onderscheid gemaakt tussen electroconvulsiethera-pie (ECT) en de ambulante Methadon verstrekking (AMV).

25. Verrichtingen mogen alleen geregistreerd worden door behandelaren van wie het beroep op de openingsdatum van de DBC is opgenomen in de DBC-beroepentabel.
26. Bij ECT moet de behandelaar de tijd én het aantal behandelingen ECT registreren. Zie onderdeel 3.1.4.26 Electroconvulsietherapie in bijlage I.
27. Bij de verstrekking van Methadon aan ambulante patiënten moet de behandelaar de tijd én het aantal verstrekkingen van Methadon per kalendermaand registreren. Zie onderdeel 3.1.4.27 Ambulante verstrekking van Methadon in bijlage I.

3.1.5 Sluiten

1. De hoofdbehandelaar is verantwoordelijk voor het sluiten van de DBC. De hoofdbehandelaar (of degene die onder zijn of haar verantwoordelijkheid valt) controleert daarbij de volgende punten:
    – de DBC is ingevuld conform deze regeling;

---

[6] Het gaat hier om daadwerkelijke behandeluren van een patiënt; het gaat dus niet om de geregistreerde patiëntgebonden tijd. *Voorbeeld*: wanneer een patiënt vier uur groepsbehandeling ontvangt (groepsgrootte van 6 personen), worden er voor die patiënt 40 minuten tijd geregistreerd (4 x 10 minuten). Voor het registreren van VZO gaat het echter niet om de tijd die geregistreerd wordt, maar om de daadwerkelijke behandeltijd; namelijk in dit voorbeeld 4 uur.

– de DBC bevat de juiste informatie;
– de typering is juist en volledig ingevuld;
– de diagnose is juist ingevuld[7];
– de GAF-score is ingevuld.

Zie ook Bijlage 2: Hoofdbehandelaar.

2. Als één van de onderdelen onder punt 1. niet, of niet juist is ingevoerd, mag de DBC niet afgesloten worden.
3. Er zijn verschillende redenen waarom een DBC gesloten moet worden, met bijbehorende code voor de sluitreden. Zie het onderdeel Wanneer moet een DBC afgesloten worden, en met welke sluitreden in bijlage I.

3.1.6 Crisis-DBC

1. Alleen instellingen met een 24-uurs crisisdienst met een regionale functie mogen in het geval van een crisisinterventie een DBC openen waarop crisisactiviteiten geschreven kunnen worden. De geleverde crisiszorg heeft als doel de crisissituatie van de patiënt zo spoedig mogelijk te stabiliseren.
2. Alle behandelaren van wie het beroep op de openingsdatum van de DBC is opgenomen in de DBC-beroepentabel mogen op de DBC crisisactiviteiten registreren. Zie Bijlage 5: DBC-Beroepentabel.
3. Een crisis-DBC heeft een maximale duur van 28 dagen.
4. Er mag per patiënt per instelling maar één crisis-DBC tegelijk openstaan.

Openen

In het geval van een crisiscontact wordt een (nieuwe) crisis-DBC geopend of – als er nog korter dan 28 dagen geleden een crisis-DBC is geopend – in de al geopende crisis-DBC geregistreerd.

5. Er mag pas een nieuwe crisis-DBC geopend worden, als bij de instelling in de periode van 28 dagen vóór die datum geen crisis-DBC geopend is. Als een crisis-DBC (voortijdig) gesloten is, kan deze heropend worden.
6. Er moet een nieuwe crisis-DBC geopend worden als:
   – er sprake is van een nieuwe (crisis)patiënt;
   – bij een bekende patiënt na 28 dagen de crisisinterventie nog niet is afgerond;
   – een bekende patiënt terugkomt in crisiszorg, en er meer dan 28 dagen verstreken zijn sinds het openen van de vorige crisis-DBC.

   Voor een overzicht van de situaties waarin een (nieuwe) crisis-DBC geopend moet worden zie ook het onderdeel 3.1.6.5 Wanneer een crisis-DBC openen in bijlage I.

Typeren

7. In het geval van een crisisinterventie, heeft een behandelaar de keuze uit twee zorgtypen namelijk Crisisinterventie zonder opname en Crisisinterventie met opname. Zie ook het onderdeel 3.1.6.7 – 3.1.6.10 Typeren van een crisis-DBC in bijlage I.
8. Gedurende de looptijd van de DBC mag het zorgtype gewijzigd worden. Het zorgtype moet echter bij het sluiten van de DBC volledig en juist geregistreerd zijn.
9. De diagnose van de crisis-DBC en een gelijktijdig regulier zorgtraject mag overeenkomen. Zie ook onderdeel Crisis-DBC met een gelijktijdig openstaand regulier zorgtraject in bijlage I.
10. Het is niet verplicht om bij een crisis-DBC een diagnose te registreren. Als er bij het openen van een crisis-DBC wél een diagnose wordt geregistreerd, kan dat in de vorm van een zo goed mogelijk passende (werk)diagnose. Als de patiënt opnieuw in crisis raakt hoeft deze diagnose niet te worden aangepast en kan de opvolgende crisis-DBC geregistreerd worden in hetzelfde zorgtraject.

Registreren

11. Behandelaren van een 24-uurs crisisdienst mogen binnen de DBC-systematiek crisiszorg leveren.
12. Er mogen alleen activiteiten geregistreerd worden op een crisis-DBC die in verband staan met crisiszorg. Er moeten dan twee zaken geregistreerd worden, namelijk de beschikbaarheidscomponent én de uitgevoerde crisisactiviteiten. Zie ook 3.1.6.11 – 3.1.6.14 Registeren op een crisis-DBC in bijlage 1.
13. Er mogen geen verblijfsdagen (met of zonder overnachting) geregistreerd worden op een crisis-DBC met het zorgtype ‘crisisinterventie zonder opname’.
14. Als er sprake is van parallelle zorgtrajecten, moet de behandelaar de geboden zorg registreren op

[7] Als er op een DBC alleen pré-intake/intake/diagnostiek en/of crisisopvang is geregistreerd, kan de DBC gesloten worden zonder weergave van een diagnoseclassificatie.

de DBC waarop deze betrekking heeft. Het is toegestaan dat de reguliere DBC en de crisis-DBC tegelijk open staan, en dat op dezelfde kalenderdag een activiteit wordt geregistreerd op zowel de crisis-als de reguliere DBC, als dat in het belang is van de continuïteit van de zorg.

3.1.7 Sluiten

15. Wanneer een crisis-DBC de maximale looptijd van 28 dagen heeft bereikt, dient deze te worden gesloten. Zie voor een eventuele vervolg-DBC artikel 3.1.2 onder 'openen'.

3.1.8 Heropenen

Een DBC kan worden heropend als blijkt dat de patiënt na het voortijdig sluiten van de DBC opnieuw bij de zorgaanbieder in zorg komt voor dezelfde zorgvraag als waarvan sprake was bij de al afgesloten DBC, én er op het moment dat de patiënt terugkomt nog geen 365 dagen zijn verstreken sinds het openen van de DBC.

3.2 Bepalingen validatie DBC's

1. De administratieve organisatie is zodanig ingericht dat een audit-trail mogelijk is. De NZa en de zorgverzekeraar moeten te allen tijde de mogelijkheid hebben om DBC-registratie op juistheid te controleren.
2. De zorgaanbieder neemt ten behoeve van de DBC-registratie en declaratie van DBC's in hun registratie- en declaratiesoftware een validatiemodule op. Het document 'Toelichting validatieregels GGZ', dat integraal onderdeel uitmaakt van deze regeling, bevat de specificaties waaraan de validatiemodule moet voldoen. Dit document is te downloaden van de website van de NZa (www.nza.nl). De validatiemodule dient zodanig te zijn ingericht dat uitsluitend DBC's in rekening kunnen worden gebracht die niet strijdig zijn met de inhoud van deze regeling.
3. De zorgaanbieder hanteert de validatiemodule als hulpmiddel om de betrouwbaarheid van DBC's te toetsen en de juistheid van de registratie te verifiëren. Verificatie geschiedt op basis van gegevens in bronbestanden.

3.3 Declaratiebepalingen DBC's

Deze regeling stelt voorschriften, voorwaarden of beperkingen met betrekking tot het declaratieproces in de gespecialiseerde GGZ.

Te declareren DBC-tarief

1. Voor het leveren van zorg aan een patiënt kan de zorgaanbieder een bij deze zorg behorend DBC-tarief declareren indien voldaan is aan de volgende voorwaarden:
   – het gehele DBC-traject is afgesloten overeenkomstig deze regeling.
   – de stappen die het DBC-traject omvatten, te weten: openen, typeren, registreren, sluiten en valideren, zijn volledig doorlopen.
   – de hierboven genoemde stappen, met uitzondering van valideren, vinden plaats door of onder verantwoordelijkheid van de hoofdbehandelaar.
   – de DBC bevat niet alleen indirecte tijd.
   – de hoofdbehandelaar heeft voor het stellen van een diagnose direct patiëntgebonden tijd besteed aan de patiënt voor wie wordt gedeclareerd. Indien er sprake is van een vervolg-DBCof van een patiënt afkomstig uit de Jeugdwet (zorgtype 147), dan geldt de eis van verplicht directe tijd van de hoofdbehandelaar niet. Voor crisis-DBC's zonder verblijf geldt een uitzondering op deze bepaling: de directe tijd hoeft niet door de hoofdbehandelaar besteed te zijn.
   – er zijn geen verblijfsdagen in rekening gebracht dat de patiënt afwezig was.
   – het aantal geleverde minuten direct patiëntgebonden tijd is geregistreerd op een dusdanige manier dat effectieve controle door de zorgverzekeraar en de NZa mogelijk is.
2. De zorgaanbieder kan het DBC-tarief in rekening brengen voor alle afgesloten DBC's die zijn gevalideerd door middel van de validatiemodule. Het DBC-tarief dat wordt gedeclareerd is het tarief dat van toepassing was op de datum van openen van de DBC.
3. Het DBC-tarief wordt gedeclareerd aan de patiënt of aan de zorgverzekeraar. Wanneer de patiënt gedurende het DBC-traject is veranderd van zorgverzekeraar, moet het DBC-tarief worden gedeclareerd bij de zorgverzekeraar bij wie de patiënt verzekerd was op de datum van het openen van de DBC.

Onderlinge dienstverlening

4. Indien er sprake is van onderlinge dienstverlening, kan de uitvoerende zorgaanbieder de vergoeding daarvoor uitsluitend in rekening brengen aan de zorgaanbieder die de prestatie bij de

uitvoerder heeft aangevraagd. Er mag door de uitvoerende zorgaanbieder geen DBC gedeclareerd worden.

Transparantie

5. Een zorgaanbieder heeft bepaalde verplichtingen als het gaat om transparantie richting de patiënt. Voor wat betreft deze verplichtingen verwijzen we naar de beleidsregel 'Transparantie zorgaanbieders'.

3.4 Informatiebepalingen DBC's

Elke factuur dient in ieder geval de volgende gegevens te bevatten als onderdeel van de prestatiebeschrijving:

DBC-traject startdatum

1. Bij initiële DBC's is dit de datum waarop het eerste directe of indirecte patiëntgebonden contact plaatsvindt. Bij vervolg DBC's is dit de startdatum van het vervolg DBC-traject.

DBC-traject einddatum

2. De DBC wordt afgesloten zodra de laatste activiteit (direct of indirect patiëntgebonden) voor een patiënt is geleverd[8].

Declaratiecode

3. Dit is de zescijferige code die op basis van de prestatiecode kan worden afgeleid. De declaratiecode is gekoppeld aan de prestatiecode. Meerdere prestatiecodes kunnen afleiden op dezelfde declaratiecode. Aan elke declaratiecode is ook een tarief gekoppeld.

Gedeclareerde tarief

4. Op de factuur wordt het te declareren DBC-tarief vermeld. Het te betalen bedrag wordt rekenkundig afgerond op twee decimalen.

AGB-code

5. Voor zelfstandig gevestigde zorgaanbieders: de AGB-zorgverlenerscode en – indien van toepassing – de AGB-praktijkcode.
   Voor instellingen: de AGB-instellingscode en – indien van toepassing – de AGB-zorgverlenerscode.

De AGB-code en het beroep van de hoofdbehandelaar

6. Naast bovenstaande AGB-code moet ook de AGB-code en het beroep van de hoofdbehandelaar op de factuur vermeld worden. Indien de hoofdbehandelaar in de fase van behandeling een andere hoofdbehandelaar is dan in de fase van de diagnose, dan moet ook de AGB-code van de tweede hoofdbehandelaar en diens beroep op de factuur vermeld worden.

Directe en indirecte tijd

7. Op de factuur dient ook de volgende informatie met betrekking tot de bestede tijd vermeld te worden:
   – directe en indirecte tijd van de hoofdbehandelaar(s);
   – directe en indirecte tijd van iedere medebehandelaar en vermelding van diens beroep;
   – de totaal bestede directe en indirecte tijd van de gehele DBC (optelsom van a en b).

Het type verwijzer

8. Op de declaratie dient het type verwijzer vermeld te worden naar onderstaande classificatie:
   1. verwezen patiënt vanuit de eerste lijn (o.a. huisarts, bedrijfsarts);
   2. verwezen patiënt vanuit een (andere) GGZ-instelling, instelling voor medisch specialistische zorg of GGZ-praktijk;

---

8 In enkele gevallen hoeft de laatste activiteit niet de einddatum van de DBC te zijn. Dit is bijvoorbeeld wanneer de patiënt overlijdt. In dat geval dient de overlijdensdatum de einddatum van het DBC-traject te zijn.

3. verwezen patiënt vanuit de crisiszorg of Spoedeisende Hulp;
4. eigen patiënt (bijvoorbeeld in geval van een vervolg-DBC);
5. verwezen patiënt, maar verwijzer heeft geen AGB-code (bijvoorbeeld in geval van een verwijzing naar de crisiszorg, buitenlandse zorgaanbieder);
6. zelfverwijzer;
7. bemoeizorg.

AGB-code van de verwijzer

9. Indien er sprake is van type verwijzer genoemd onder 3.4.8.1 tot en met 3.4.8.4 moet op de factuur de AGB-code van de verwijzende zorgverlener (natuurlijk persoon) vermeld worden. Dit moet de AGB-code op persoonsniveau zijn.

Dagbesteding

10. Op de factuur dient de activiteitencode waarmee dagbesteding bij de aanbieder wordt geregistreerd en het aantal uren dagbesteding per DBC te worden vermeld.

DBC-prestatiecode

11. De specificatie van het geleverde zorgproduct. De DBC-prestatiecode wordt afgeleid van de gevalideerde DBC-dataset. Deze code bestaat uit 12 alfanumerieke posities, gevuld volgens vier 3-cijferige DBC-componenten en in onderstaande volgorde:
    – zorgtype;
    – diagnoseclassificatie;
    – zorgvraagzwaarte;
    – productgroep voor behandeling van de DBC-dataset.

    De diagnose-informatie op de factuur dient zich te beperken tot de 14 diagnosehoofdgroepen in uitsluitend de langdurende of intensieve behandelgroepen overeenkomstig de productstructuur. Voor de behandelgroepen ‘diagnostiek’, ‘crisis’ en ‘kortdurend’ is vermelding van diagnose-informatie en de zorgvraagzwaarte op de factuur niet toegestaan. Evenmin is het toegestaan dat uit de factuur blijkt of er ten aanzien van het zorgtype sprake is van een rechterlijke uitspraak.

Zorgvraagzwaarte-indicator

12. Hiervoor geldt het volgende:
    – Indien kosten door tussenkomst van VECOZO B.V. in rekening worden gebracht bij een zorgverzekeraar, neemt de zorgaanbieder de zorgvraagzwaarte in de DBC-prestatiecode op. De zorgaanbieder, bedoeld in de vorige zin, verstrekt de gegevens die op grond van art. 3.4 van deze nadere regel moeten worden vermeld op de declaratie, op digitale wijze aan de zorgverzekeraar door tussenkomst van VECOZO B.V. met inachtneming van het bepaalde in de artikelen 7.2a en 7.2b van de Regeling zorgverzekering. Verdere verwerking van de zorgvraagzwaarte geschiedt conform het bepaalde bij de Regeling zorgverzekering, zoals deze is gewijzigd na inwerkingtreding van de Regeling aanlevering zorgvraagzwaarte cGGZ[9].
    – Indien de kosten op andere wijze dan door tussenkomst van VECOZO B.V. in rekening worden gebracht dan geldt dat de component ‘zorgvraagzwaarte’ op de factuur dient te worden aangeduid met ‘000’.
    – Indien de patiënt en de zorgaanbieder een privacy verklaring als bedoeld in artikel 3.5.1 hebben ondertekend dan geldt dat de component ‘zorgvraagzwaarte’ dient te worden aangeduid met ‘999’. Dit geldt zowel voor als er door tussenkomst VECOZO B.V. kosten in rekening worden gebracht als indien er op andere wijze dan door tussenkomst van VECOZO B.V. kosten in rekening worden gebracht.
    – Voor DBC’s die geopend zijn in 2015 en die worden gedeclareerd in 2016 geldt dat het vooralsnog niet verplicht is de zorgvraagzwaarte-indicator aan te leveren. Als voor DBC’s geopend in 2015 en gedeclareerd in 2016 de zorgvraagzwaarte wel wordt aangeleverd, dan geldt met betrekking tot de aanlevering van de zorgvraagzwaarte hetgeen in de vorige leden van dit artikel is aangegeven[10].

---

[9] Staatscourant d.d. 20-11-2015
[10] conform artikel III, tweede lid, Regeling aanlevering zorgvraagzwaarte cGGZ

De verplichting tot het verstrekken van de zorgvraagzwaarte op de factuur was tot en met 31 december 2015 niet van toepassing op zorg die in het jaar 2015 door de zorgaanbieder werd gedeclareerd.

De zorgaanbieder was en is verplicht de brongegevens waaruit de zorgvraagzwaarte-indicator is af te leiden te blijven registreren. In latere instantie zal de NZa bepalen hoe de zorgvraagzwaarte-gegevens van de in 2014 en 2015 geopende DBC's aangeleverd moeten worden bij de zorgverzekeraars. Dit op grond van art. II lid 2 van de Regeling aanlevering zorgvraagzwaarte cGGZ.

Deelprestaties

13. De volgende deelprestaties worden onderscheiden:
    – verblijf met overnachting (VMO): in totaal worden zeven deelprestaties verblijf onderscheiden (deelprestatie verblijf A t/m G). Deze deelprestaties worden per dag geregistreerd;
    – verblijf zonder overnachting (VZO);
    – electroconvulsietherapie (ECT);
    – ambulante methadon verstrekking (AMV);
    – beschikbaarheidcomponent crisis (BCC).

    Alle deelprestaties worden altijd in combinatie met een productgroep voor behandeling in rekening gebracht. Op de factuur wordt vermeld welke deelprestaties op welke datum geleverd zijn.

Lekenomschrijving

14. Indien een zorgaanbieder aan de patiënt factureert, voegt hij op de factuur een lekenomschrijving met betrekking tot de geleverde zorg toe. Vermelding van de lekenomschrijving blijft achterwege, indien de zorgaanbieder de factuur rechtstreeks aan de zorgverzekeraar zendt.

3.5 Uitzondering in geval van privacybezwaren

Privacyverklaring

1. De artikelen 3.4.3, 3.4.11, 3.4.12 en 3.4.14, voor zover betrekking hebbend op tot de diagnose herleidbare gegevens, blijven buiten toepassing indien de patiënt en de zorgaanbieder gezamenlijk een verklaring hebben ondertekend overeenkomstig Bijlage 7: Privacyverklaring.

Inzenden verklaring

2. De verklaring bedoeld in artikel 3.5.1 dient vóór, doch uiterlijk op het moment van indiening van de factuur bij de zorgverzekeraar in het bezit te worden gesteld van de zorgverzekeraar van de patiënt.

Bewaren afschrift

3. De zorgaanbieder houdt in zijn administratie een afschrift van de in artikel 3.5.1 bedoelde verklaring.

Aanpassen tarief

4. In aanvulling op de uitzonderingsbepaling van artikel 3.5.1 en zo nodig in afwijking van artikel 3.4.4 zijn patiënt en zorgaanbieder gerechtigd om een tarief, niet hoger dan het geldende maximumtarief, te declareren zodanig dat dit afwijkende tarief niet herleidbaar is naar de diagnose. De zorgaanbieder, al dan niet in gezamenlijkheid met de patiënt, dient in dit geval in overleg met de zorgverzekeraar tot een afwijkende, doch voor beide partijen aanvaardbare betalingsprocedure te komen. De zorgverzekeraar is gehouden om binnen redelijke grenzen medewerking te verlenen aan de totstandkoming van zo'n betalingsprocedure.

Controle door medisch adviseur

5. Controle door de zorgverzekeraar op de rechtmatigheid van facturen, die op grond van artikel 3.5.1 door een zorgaanbieder, dan wel een patiënt, ter betaling aan die zorgverzekeraar zijn aangeboden, vindt plaats door of onder verantwoordelijkheid van een medisch adviseur.

Uitzondering voor zelfbetalers

6. De artikelen 3.4.3, 3.4.11, 3.4.12 en 3.4.14, voor zover betrekking hebbend op tot de diagnose herleidbare gegevens, blijven buiten toepassing indien een patiënt aan de zorgaanbieder te kennen geeft de factuur, resp. facturen, met betrekking tot de door hem genoten behandeling(en) zelf te zullen betalen, althans niet ter betaling bij zijn zorgverzekeraar aan te bieden.

Factuur alsnog ter betaling indienen

7. Indien een patiënt bedoeld in artikel 3.5.6 zich bedenkt en de factuur op een later moment alsnog ter betaling wil indienen bij zijn zorgverzekeraar, dan dient alsnog een verklaring als bedoeld in artikel 3.5.1 te worden ingevuld en ondertekend. De artikelen 3.5.2 tot en met 3.5.5 zijn in dat geval van overeenkomstige toepassing.

4 ZZP GGZ-zorgproducten

In dit hoofdstuk worden de registratie-, declaratie- en informatiebepalingen van de prestaties en toeslagen in het kader van de langdurige GGZ met behandeling beschreven.

Met prestaties wordt in dit hoofdstuk bedoeld:
– ZZP GGZ B 3 t/m 7 inclusief dagbesteding;
– ZZP GGZ B 3 t/m 7 exclusief dagbesteding;
– ZZP GGZ Klinisch Intensieve Behandeling.

Met toeslagen wordt in dit hoofdstuk bedoeld:
– Toeslag Niet-strafrechtelijke forensische psychiatrie;
– Toeslag Vervoer dagbesteding.

4.1 Algemene registratiebepalingen

1. De registratie van de prestaties en toeslagen in de administratie van de zorgaanbieder is volledig, juist en actueel.
2. De registratie van de prestaties en toeslagen start wanneer de patiënt langer dan 365 aaneengesloten dagen behandeling inclusief verblijf heeft ontvangen. Voor patiënten met behandeling en verblijf wordt vanaf dag 366 een ZZP GGZ geregistreerd in plaats van een DBC.
3. De registratie van de prestaties en toeslagen eindigt wanneer de patiënt niet langer verblijft in de instelling.
4. In uitzondering op artikel 4.1.3 geldt dat de zorgaanbieder, in verband met het beschikbaar houden van de verblijfsplaats, gedurende de tijdelijke afwezigheid van de patiënt de ZZP GGZ mag blijven registreren die ook geregistreerd wordt bij aanwezigheid. Voor registratie bij tijdelijke afwezigheid geldt een maximum van veertien dagen afwezigheid per keer, tellend vanaf de eerste dag na vertrek van de instelling. Dit maximum geldt niet in het geval van ziekenhuisopname.
   In aanvulling op het gestelde in de vorige alinea geldt het volgende:
   Voor de registratie bij tijdelijke afwezigheid van patiënten die als leerling voor dagonderwijs staan ingeschreven en die dit onderwijs ook daadwerkelijk volgen, wordt per keer een maximum afwezigheid berekend. Deze loopt vanaf de eerste dag van afwezigheid van de patiënt tot de maximale wettelijke vakantieduur.
5. De uitzondering als bedoeld in artikel 4.1.4 is niet van toepassing op de toeslagen.
6. Er kunnen niet meerdere ZZP's GGZ voor één patiënt voor dezelfde datum worden geregistreerd.
7. De administratieve organisatie is zodanig ingericht dat een audit-trail mogelijk is. De NZa en de zorgverzekeraar moeten te allen tijde de mogelijkheid hebben om vastlegging van de uitgevoerde behandeltrajecten op juistheid te controleren.

4.2 Declaratiebepalingen

1. De zorgaanbieder declareert de prestatie met het profiel dat overeenkomt met het profiel van de patiënt (zie Bijlage VIII). De declaratie vindt plaats op patiëntniveau.
2. Er kunnen niet meerdere ZZP's GGZ voor één patiënt voor dezelfde datum worden gedeclareerd.
3. De toeslagen worden altijd in combinatie met een ZZP GGZ in rekening gebracht.
4. De declaratieperiode voor de prestaties en toeslagen is een kalendermaand.
5. Wanneer er een verandering in de zorgvraag van de patiënt optreedt, kan een andere (hoger of lager) ZZP GGZ worden gedeclareerd.
6. De prestaties en toeslagen worden na afloop van de declaratieperiode in rekening gebracht.
7. De declaratie bestaat uit het aan de patiënt geleverde aantal ZZP dagen en eventuele toeslagen binnen de declaratieperiode, met inbegrip van het gestelde in artikel 4.1.4.
8. Een zorgaanbieder heeft bepaalde verplichtingen als het gaat om transparantie richting de patiënt. Voor wat betreft deze verplichtingen verwijzen we naar de beleidsregel 'Transparantie zorgaanbieders'.

4.3 Informatiebepalingen

Elke factuur bevat in ieder geval de volgende gegevens:

Begindatum declaratieperiode

1. Het gaat hier om de datum van de eerste dag in de betreffende declaratieperiode.

Einddatum declaratieperiode

2. Het gaat hier om de datum van de laatste dag die onderdeel uitmaakt van de betreffende declaratieperiode.

Gedeclareerde prestatie(s)

3. Het gaat hier om de in rekening te brengen ZZP's GGZ. Het moet duidelijk zijn welke ZZP's GGZ gedeclareerd (prestatiecode) worden en in welk aantal.

Toeslagen

4. De volgende toeslagen worden onderscheiden:
   – Niet-strafrechtelijke forensische psychiatrie;
   – Vervoer dagbesteding.
   Alle toeslagen worden altijd in combinatie met een ZZP GGZ in rekening gebracht. Op de factuur wordt vermeld welke toeslagen op welke datum geleverd zijn en tegen welk tarief.

Gedeclareerde tarief

5. Het gaat hier om de tarieven die in rekening worden gebracht voor de ZZP's GGZ en toeslagen en het in totaal gedeclareerde bedrag (pxq).

AGB-code

6. De AGB-instellingscode en – indien van toepassing – de AGB-zorgverlenerscode.

Lekenomschrijving

7. Indien een zorgaanbieder aan de patiënt factureert, voegt hij op de factuur een lekenomschrijving met betrekking tot de geleverde zorg toe. Vermelding van de lekenomschrijving blijft achterwege, indien de zorgaanbieder de factuur rechtstreeks aan de zorgverzekeraar zendt.

5 Overige producten (OVP's)

De categorie 'overige producten' (OVP's) heeft geen relatie met het DBC- of ZZP GGZ-traject van een patiënt. De registratieprocessen voor de DBC's en ZZP's GGZ gelden dus ook niet voor de OVP's. De integrale tarieven voor de overige producten kunnen daarom afzonderlijk gedeclareerd worden aan de patiënt, zorgverzekeraar of aan de opdrachtgever. Voor meer informatie over overige producten wordt verwezen naar de beleidsregel 'Prestaties en tarieven gespecialiseerde GGZ'.

Als er aan een patiënt zowel basispakketzorg als niet basispakketzorg wordt geleverd, dan declareert de zorgaanbieder zowel een DBC/ZZP GGZ als een OVP.

Zorg die niet tot het basispakket behoort

1. Het is zorgaanbieders niet toegestaan om zorg die niet tot het basispakket behoort, in rekening te brengen als zorg die tot het basispakket behoort.
2. Voor het declareren van zorg die niet onder het basispakket valt, maar wel zorg is zoals omschreven in de Wmg, brengt de zorgaanbieder één van de voor deze zorg vastgestelde OVP's[11] in rekening. Indien er geen aparte prestatie bestaat voor de niet-basispakketzorg, dan kunnen de volgende algemene prestaties gebruikt worden:
   – OVP niet-basispakketzorg consult
   – OVP niet-basispakketzorg verblijf
3. Activiteiten en verrichtingen die niet onder de reikwijdte van het begrip 'zorg' als omschreven in artikel 1, onder b, Wmg behoren, worden niet via prestaties of OVP's gedeclareerd.
4. Bij keuringen, rapporten en informatieverstrekkingen kunnen aanbieders bij levering van specifieke prestaties een prestatie ('toeslag') in rekening brengen voor additionele directe of indirecte tijd. De

[11] Zie beleidsregel 'Prestaties en tarieven gespecialiseerde GGZ'.

zorgverlener dient de patiënt vooraf te informeren wanneer hij verwacht gebruik te maken van deze toeslag bovenop de standaardprestatie.

6 Intrekking oude regels

Gelijktijdig met de inwerkingtreding van deze regeling wordt de regeling 'Gespecialiseerde GGZ', met kenmerk NR/CU-556 ingetrokken.

De voorliggende regeling vervangt de reeds vastgestelde maar nog niet in werking getreden regeling 'Gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg' met kenmerk NR/CU-562.

7 Overgangsbepaling

De regeling 'Gespecialiseerde GGZ', met kenmerk NR/CU-556, blijft van toepassing op gedragingen (handelen en nalaten) van zorgaanbieders die onder de werkingssfeer van die regeling vielen en die zijn aangevangen – en al dan niet beëindigd – in de periode dat die regeling gold. Dit betekent dat voor overlopende DBC's (DBC's gestart voor 2016 en doorlopend in 2016) de op het moment van opening van het DBC-zorgproduct geldende nadere regel van toepassing is.

8 Inwerkingtreding en citeerregel

Deze regeling treedt in werking met ingang van 1 januari 2016. Ingevolge artikel 20, tweede lid, onderdeel a, van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) zal deze regeling in de Staatscourant worden geplaatst.

Deze regeling kan worden aangehaald als: 'Regeling gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg'.

Nederlandse Zorgautoriteit,
M.J. Kaljouw
voorzitter Raad van Bestuur

BIJLAGE 1: TOELICHTING OP DE NADERE REGEL

Recente wijzigingen

Met ingang van 2016 is de tekst uit het ‘Spelregeldocument’, dat voorheen werd opgesteld door DBC-Onderhoud, verwerkt in deze bijlage van de Nadere Regel. Daarnaast zijn zoals gebruikelijk de codelijsten, beroepentabel en dergelijke in bijlagen opgenomen.

Met ingang van 1 januari 2015 zijn de Zorgzwaartepakketten ZZP GGZ B 3 t/m 7 al dan niet met dagbesteding, ZZP GGZ Klinisch Intensieve Behandeling, de toeslagen Niet-Strafrechtelijke FZ en vervoer naar dagbesteding, overgeheveld naar de Zorgverzekeringswet. Daarom zijn per genoemde datum in deze regeling ook de voorwaarden met betrekking tot registratie, declaratie en informatieverplichtingen ten aanzien van deze ZZP’s GGZ opgenomen.

Er zijn geen grote wijzigingen of overhevelingen per 2016. De grootste veranderingen zijn bepalingen rondom de crisis-DBC’s en rondom parallelliteit.

Crisis-DBC’s

We hebben verduidelijkingen doorgevoerd in de regeling ‘gespecialiseerde GGZ’. Ook is er een regel gekomen over het elkaar opvolgen van crisis-DBC’s voor dezelfde patiënt. Hier hebben we opgenomen dat er altijd 28 dagen moet zitten tussen de openingsdatum van deze DBC’s. Uiteraard mogen deze crisis-DBC’s ook niet tegelijk open staan.

Parallelliteit

We hebben in de regeling ‘gespecialiseerde GGZ’ duidelijk gemaakt welke DBC’s naast elkaar open mogen staan en welke niet. Ook is artikel 3.1.3 onder 6 herschreven. Zie voor meer uitleg circulaire 15/21c en de artikelsgewijze toelichting onder 3.1.3.6. Kern is dat parallelle zorgtrajecten niet in eenzelfde diagnosehoofdgroep mogen vallen. Onder diagnosehoofdgroep verstaan we een combinatie tussen de hoofdgroepen zoals deze in de DSM-IV-TR worden aangeduid en de diagnosehoofdgroepen zoals opgenomen in de prestatiecode.

Algemene toelichting

Op grond van artikel 37 van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) kan de Zorgautoriteit (NZa) regels stellen inhoudende aan wie, door wie of op welke wijze, onder welke voorwaarden of met inachtneming van welke voorschriften of beperkingen een tarief in rekening wordt gebracht. Het gaat daarbij, kortweg, om declaratie- en/of factureringsvoorschriften. Artikel 38 van de Wmg geeft de NZa onder meer de bevoegdheid regels te stellen met betrekking tot het door zorgaanbieders specificeren van rekeningen voor geleverde zorgprestaties.

Deze regeling verplicht zorgaanbieders om, teneinde geleverde zorg te kunnen declareren, aan bepaalde eisen te voldoen. Deze eisen zijn erop gericht dat tarieven die worden gedeclareerd voor het leveren van zorg aan een bepaalde patiënt in overeenstemming zijn met de geleverde zorg aan diezelfde patiënt.

De NZa is op grond van artikel 76, 82 en 85 van de Wmg ter handhaving van deze regeling bevoegd tot het geven van een aanwijzing, het toepassen van bestuursdwang en tot het opleggen van een bestuurlijke boete.

Artikelsgewijze toelichting

Artikel 2 Algemene bepalingen

Per 2015 is voor patiënten vanaf 18 jaar de langdurige op behandeling gerichte intramurale geestelijke gezondheidszorg (IGGZ) voor de eerste 1.095 dagen overgeheveld van de AWBZ naar de Zvw. Deze termijn geldt niet voor de mensen die op 31 december 2014 al een ZZP GGZ B hebben in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten. Deze patiënten gaan rechtstreeks over naar de Wet langdurige zorg.

Voor het registreren en declareren van verblijfsdagen gelden de DBC’s GGZ als prestatie tot en met 365 dagen. Na 365 dagen gelden de ZZP’s GGZ als prestatie voor langdurig verblijf en mogen er géén verblijfsdagen geregistreerd worden op een DBC. Voor ambulante behandeling gelden altijd de DBC’s als prestatie, ongeacht de behandelduur. Het aantal verblijfsdagen is gebaseerd en wordt berekend op basis van artikel 2.12 van het Besluit zorgverzekering (Bzv).

In het Besluit zorgverzekering (Bzv) artikel 2.12 staat het volgende opgenomen over de aanspraak op verblijf:

– Verblijf omvat verblijf gedurende een onafgebroken periode van ten hoogste 1.095 dagen, dat medisch noodzakelijk is in verband met de geneeskundige zorg, bedoeld in artikel 2.4, of in verband met chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard als bedoeld in artikel 2.7, al dan niet gepaard gaande met verpleging, verzorging of paramedische zorg.
– Een onderbreking van ten hoogste dertig dagen wordt niet als onderbreking beschouwd, maar deze dagen tellen niet mee voor de berekening van de drie jaar.
– In afwijking van het tweede lid tellen onderbrekingen wegens weekend- en vakantieverlof mee voor de berekening van de drie jaar.

Voor de gespecialiseerde GGZ betekent bovenstaand artikel dat verblijf in het kader van behandeling in een GGZ instelling tot en met 1.095 dagen vanuit de Zvw wordt gefinancierd. Vanaf 1.096 dagen aaneengesloten verblijf eindigt de financiering voor deze zorg vanuit de Zvw en gaat dit over naar de Wlz. Als behandeling niet meer in combinatie met verblijf nodig is, zal de zorg vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) bekostigd worden.
Met de telling van aaneengesloten verblijf tot en met 1.095 dagen worden alle vormen van verblijf noodzakelijk in verband met geneeskundige zorg meegeteld. Het gaat hierbij om verblijf in een GGZ instelling, maar ook om verblijf in een ziekenhuis of andere instelling in verband met somatische problematiek.

In onderstaande tabel wordt de samenloop van DBC's, ZZP's GGZ en OVP's weergegeven.

	Te declareren in combinatie met:			
	DBC GGZ (Zvw)	DBC med spec zorg (Zvw)	Basis GGZ	OVP's
ZZP GGZ (Zvw)	Nee. Na 365 dagen aaneensluitend verblijf is er sprake van langdurige GGZ. Dit wordt bekostigd met de ZZP's GGZ. Vanuit het ZZP GGZ wordt alle zorg in het kader van een GGZ diagnose geleverd, ongeacht het type GGZ diagnose die hieraan ten grondslag ligt.	Ja, mits sprake is van diagnose niet behorend tot de GGZ, kan voor deze zorg een somatische DBC in rekening worden gebracht.	Nee, vanuit het ZZP GGZ wordt alle zorg in het kader van een GGZ diagnose geleverd, ongeacht het type GGZ diagnose die hieraan ten grondslag ligt.	Ja, met uitzondering van de OVP beeldvormend onderzoek/ klinisch chemische en microbiologische laboratoriumonderzoeken in opdracht van een extramurale zorgaanbieder.

Artikel 3 DBC's

Wat is een DBC

DBC staat voor Diagnose Behandeling Combinatie. Een DBC omvat het traject tot maximaal 365 kalenderdagen dat een patiënt doorloopt als hij zorg nodig heeft voor een specifieke diagnose, vanaf het eerste contact bij een gespecialiseerde GGZ-zorgaanbieder tot en met de behandeling die hier eventueel uit volgt. De DBC vormt de basis voor de declaratie van de geleverde zorg in het kader van deze diagnose bij de zorgverzekeraar van de patiënt.

Waaruit bestaat een DBC

Een DBC in de GGZ is opgebouwd uit patiëntgerichte activiteiten, verblijfsdagen, dagbesteding en verrichtingen en de daaraan bestede tijd of aantallen. Afhankelijk van de set van activiteiten, verblijfsdagen, uren dagbesteding en verrichtingen en de tijd of aantallen die hieraan besteed zijn, wordt een aparte behandelprestatie, verblijfsprestatie en/of overige prestaties afgeleid. Aan de behandel- en verblijfsprestaties zijn tarieven verbonden. Deze tarieven worden jaarlijks door de Zorgautoriteit (NZa) vastgesteld.
Welke GGZ wordt niét geregistreerd met behulp van de DBC-systematiek

– Generalistische basis-GGZ
– Lang verblijf
  Een verblijf in een ggz-instelling van een aaneengeschakelde periode tot en met 365 dagen valt onder de Zvw (artikel 2.10 Bzv)[12] en wordt bekostigd via de DBC-systematiek. Duurt de opname langer dan 365 dagen, dan valt dit als het op behandeling gerichte ggz is nog steeds onder de Zvw, maar vindt bekostiging plaats op basis van ZZP's en niet op basis van DBC's.
– Forensische Zorg

[12] Wanneer er tijdens de opnameperiode een onderbreking plaatsvindt van hoogstens 30 dagen, worden deze niet als onderbreking beschouwd, maar tellen deze dagen niet mee voor de berekening van de 365 dagen. Voor nadere regelgeving, zie www.zorginstituutnederland.nl.

Voor de bekostiging van Forensische Zorg onder het strafrechtelijk kader (FZ) gelden aparte registratieregels (DBBC-systematiek).
(Zorg die wordt opgelegd in het kader van Jeugdstrafrecht valt vanaf 1 januari 2015 onder verantwoordelijkheid van de gemeenten).

– Zorg na overlijden van de patiënt
  Zorg die is geboden na de overlijdensdatum van de patiënt, bijvoorbeeld het afronden van een dossier, mag niet geregistreerd worden op een DBC. Deze activiteiten worden volgens de Zvw niet vergoed door de verzekeraar omdat ze niet bijdragen aan de genezing van de patiënt.
– Openbare GGZ
  Zorg die is uitgevoerd in het kader van de openbare GGZ, waarbij het gaat om preventie en zorg die niet voortkomt uit een individuele en vrijwillige zorgvraag, mag niet geregistreerd worden op een DBC.
– Collectieve preventie en dienstverlening
  Zorg die is geboden in het kader van collectieve preventie en dienstverlening, zoals het voorlichten van jongeren over psychiatrische klachten, mag niet geregistreerd worden op een DBC.

Proces van DBC-registratie

De DBC-systematiek in de GGZ werkt volgens een proces van registratie, validatie en afleiding.

– Registratie:
  Het registratieproces start op het moment dat een patiënt die is verwezen naar een gespecialiseerde GGZ-zorgaanbieder, zich bij de zorgaanbieder meldt met een zorgvraag. Op dat moment wordt meteen een zorgtraject en bij het eerste behandelcontact een DBC geopend. Een zorgtraject volgt het zorgproces voor één primaire diagnose en kan bestaan uit een initiële DBC waarin de primaire diagnose is gesteld en een onbeperkt aantal vervolg-DBC's.
– Validatie:
  Als de DBC is afgesloten volgt de validatie. Tijdens de validatie wordt gecontroleerd of de DBC goed en technisch volledig is geregistreerd.
– Afleiding:
  Na de validatie wordt via de afleiding bepaald in welke behandelprestatie/productgroep de DBC terechtkomt. Vervolgens wordt de DBC als onderdeel van de factuur naar de zorgverzekeraar van de patiënt gestuurd en worden daarnaast de DBC-gegevens aan het DBC-informatiesysteem (DIS) geleverd.



Figuur 1: Proces van registratie, validatie en afleiding

3.1.2 Openen DBC's

Binnen de DBC-systematiek wordt onderscheid gemaakt tussen de termen 'zorgtraject', 'initiële DBC' en 'vervolg-DBC'.

Zorgtraject

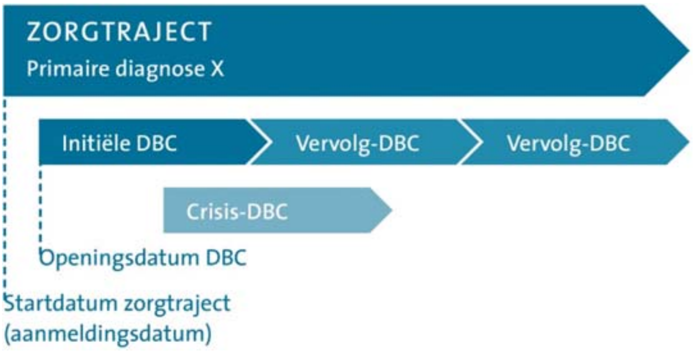
Voordat een DBC geopend kan worden moet eerst een zorgtraject zijn gestart. Dit zorgtraject omvat de totale zorg die wordt geleverd in het kader van de behandeling van één primaire diagnose. De aanmeldingsdatum van de patiënt bepaalt de startdatum van het zorgtraject. Het zorgtraject kan bijvoorbeeld worden gestart op het moment dat een secretariaat een afspraak met een patiënt maakt. Een initiële DBC, met eventueel één of meerdere vervolg-DBC's, vormt het zorgtraject. Het vastleggen van de aanmeldingsdatum is verplicht volgens de MDS.

Wie opent een zorgtraject

Dit kan bijvoorbeeld gebeuren door het secretariaat, op het moment dat iemand een afspraak maakt.

Relatie tussen zorgtraject en DBC

De startdatum van het zorgtraject kan hetzelfde zijn als de openingsdatum van de initiële DBC, maar dit hoeft niet. De initiële DBC start namelijk op de datum van de eerste patiëntgebonden activiteit van de behandelaar. Als die later dan de aanmeldingsdag plaatsvindt, ligt de startdatum van het zorgtraject vóór de openingsdatum van de initiële DBC.



Figuur 2: Zorgtraject en DBC's

3.1.2.1 Wie opent een DBC

Iedereen onder verantwoordelijkheid van de hoofdbehandelaar kan een DBC openen.

3.1.2.2 Openingsdatum DBC

Bij het openen van een DBC moet een openingsdatum vermeld worden. Dit is verplicht volgens de MDS. De openingsdatum is gelijk aan de datum waarop de eerst(volgende) directe of indirecte patiëntgebonden activiteit plaatsvindt. Bij enkele vervolg-zorgtypes geldt een uitzondering op deze regel, zie onderdeel Wanneer een vervolg-DBC openen.

3.1.2.3 Initiële DBC[13]

Een initiële DBC is de DBC die wordt geopend voor een eerste of nieuwe primaire zorgvraag van een patiënt. De initiële DBC is altijd de eerste DBC binnen een zorgtraject. De startdatum van de initiële DBC is gelijk aan de datum van het eerste (directe of indirecte) patiëntgebonden contact.

Wanneer een initiële DBC openen?

– Als een *nieuwe patiënt* zich aanmeldt.
  Als een zorgaanbieder over meerdere locaties beschikt en een patiënt alleen van locatie verandert, maar niet van primaire diagnose, dan is er in dat geval géén sprake van een nieuwe patiënt. De hoofdbehandelaar op de andere locatie mag dan geen initiële DBC openen. Alle geboden zorg op de andere locatie voor dezelfde primaire diagnose moet op de al geopende DBC worden geregistreerd.
– Als een *bekende patiënt* voor een andere primaire diagnose in zorg komt dan de diagnose waarvoor de patiënt al in behandeling is.
  Let op
  Er kan sprake zijn van parallelle of opeenvolgende zorgtrajecten. De voorwaarden daarvoor staan vermeld in artikel 3.1.3 op pagina 9, en een nadere toelichting is te vinden in 3.1.3.6 Omgaan met meerdere primaire diagnoses in bijlage I.
– Als een *bekende patiënt* voor dezelfde diagnose terug in zorg komt, waarbij er al meer dan 365 dagen zijn verstreken sinds het sluiten van de vorige DBC.
– Overgang naar andere bekostiging
  Als een *bekende patiënt* in behandeling is waarbij deze behandeling wordt bekostigd vanuit een bekostigingsregime anders dan de Zvw, en de bekostiging overgaat naar de Zvw. De openingsdatum van een DBC is dan gelijk aan de datum waarop de eerst(volgend)e directe of indirecte patiëntgebonden activiteit plaatsvindt.
  Deze overgang is bijvoorbeeld aan de orde als een minderjarige patiënt tijdens de behandeling de 18 jarige leeftijd bereikt, en de bekostiging overgaat van de Jeugdwet naar de Zorgverzekeringswet. Voor die overgang is een apart zorgtype aangemaakt, zie Bijlage 3: Zorgtypen.
  Een ander voorbeeld is als er sprake is van forensische zorg met strafrechtelijke titel waarbij de strafrechtelijke titel vervalt maar de behandeling wordt voorgezet onder de Zvw.

3.1.2.4 Vervolg-DBC

Een vervolg-DBC is een DBC die volgt op een initiële DBC of een voorgaande vervolg-DBC. Een

[13] Zie ook figuur 3.

vervolg-DBC heeft altijd precies dezelfde primaire diagnose als de eerder afgesloten initiële DBC of vervolg-DBC.

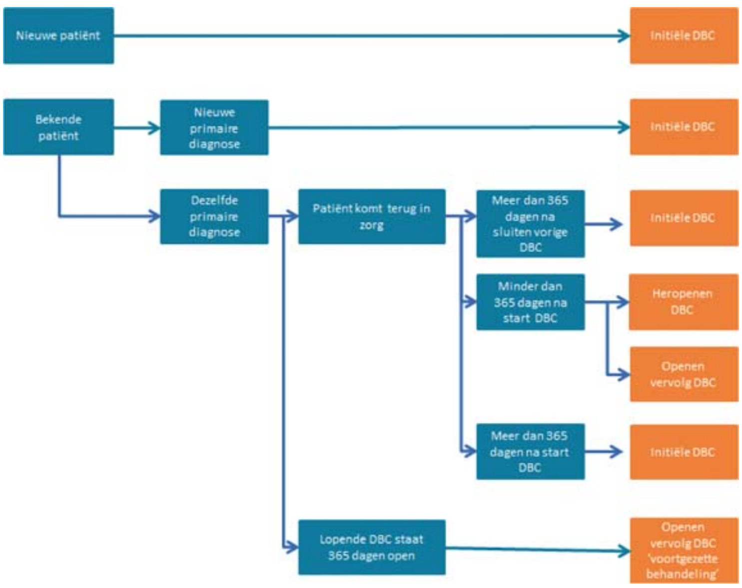
Wanneer een vervolg-DBC openen

Het gaat hier altijd om een bekende patiënt en precies dezelfde primaire diagnose. Een vervolg-DBC valt altijd onder hetzelfde zorgtraject waaronder de bijbehorende initiële DBC en eventuele eerdere vervolg-DBC's vallen.

- Als *een (initiële of vervolg-)DBC 365 dagen openstaat* en de behandeling nog niet afgerond is, moet een vervolg-DBC met één van de volgende zorgtypen worden geopend:
  - (langdurig periodieke) controle (201)
  - voortgezette behandeling (202)
  - uitloop (203)

  Let op
  Uitzondering m.b.t. openingsdatum: bij deze zorgtypes is de openingsdatum de dag na het sluiten van de voorgaande DBC.
- Als een *patiënt weer terug in zorg komt voor dezelfde diagnose* binnen 365 dagen na afsluiting van de voorgaande DBC, kan er een vervolg-DBC geopend te worden. De DBC kan echter ook heropend worden als er nog geen 365 dagen zijn verstreken sinds de openingsdatum van de DBC.
  Let op
  - Wanneer een patiënt terug in zorg komt, maar er zijn al 365 dagen verstreken sinds de sluiting van de voorgaande DBC, dan opent de hoofdbehandelaar weer een initiële DBC.
  - Wanneer in de voorgaande DBC geen diagnose is gesteld en de patiënt komt terug in zorg, moet de hoofdbehandelaar een initiële DBC openen.
- Als een zorgaanbieder *na second opinion* de behandeling van een patiënt overneemt van een andere zorgaanbieder. Deze behandelaar heeft een second opinion uitgevoerd en hiervoor een DBC met het zorgtype 'second opinion' (106) geopend en gesloten. In dat geval moet deze hoofdbehandelaar een vervolg-DBC openen volgend op deze second opinion DBC. Een voorwaarde hiervoor is wel dat de afgesloten second opinion DBC dezelfde primaire diagnose bevat.
  Een vervolg-DBC met één van de volgende zorgtypen moet worden geopend:
  - (langdurig periodieke) controle (201)
  - voortgezette behandeling (202)
  - uitloop (203)

  Let op
  Een initiële DBC met zorgtype 'second opinion'(106) hoeft niet 365 dagen open te hebben gestaan.



Figuur 3 Overzicht openen initiële of vervolg-DBC

3.1.2.5 Verwijzing naar de basis ggz

Als een patiënt voor een vervolgbehandeling in aanmerking komt en voldoet aan één van de patiëntprofielen in de basis GGZ, dan wordt deze patiënt verwezen naar de basis GGZ. In deze situatie wordt geen vervolg-DBC geopend.

Wanneer een DBC heropenen

Een afgesloten DBC kan worden heropend. Dit is bijvoorbeeld aan de orde als de patiënt bij dezelfde zorgaanbieder terug in zorg komt voor dezelfde zorgvraag als waarvan sprake was in de afgesloten DBC, en er zijn nog geen 365 dagen verstreken sinds de openingsdatum van die afgesloten DBC.

3.1.3 Typeren van DBC's

3.1.3.1 Wie typeert?

De DBC moet bij het sluiten volledig en juist getypeerd zijn. Bij voorkeur typeert de hoofdbehandelaar de DBC binnen een maand na opening.

De hoofdbehandelaar is eindverantwoordelijke voor het juist invullen van de volledige typering.

Wanneer typeren?

De DBC moet bij het sluiten volledig en juist getypeerd zijn. Bij voorkeur typeert de hoofdbehandelaar de DBC binnen een maand na opening.

3.1.3.2 Vastleggen identificatiegegevens

Welke gegevens de zorgaanbieder (bij een initiële DBC) in ieder geval moet invullen bij de identificatiegegevens van een patiënt, is gebaseerd op de MDS. Dit zijn de volgende gegevens:
- naam patiënt;
- geboortedatum;
- geslacht;
- postcode (wijkcode);
- burgerservicenummer (BSN);
- unieke identificatie zorgverzekeraar (conform het UZOVI-register[14]).

3.1.3.3 Vastleggen zorgtype

Met het zorgtype wordt de aanleiding tot zorg vastgelegd. Het zorgtype beschrijft de reden van het (eerste) contact tussen de zorgaanbieder en de patiënt.

Welk zorgtype gebruiken

Er zijn verschillende zorgtypen voor initiële en vervolg-DBC's.
In bijlage III is te zien uit welke zorgtypen de hoofdbehandelaar kan kiezen bij een initiële en een vervolg-DBC. Zijn er meerdere zorgtypen van toepassing? Selecteer dan het zorgtype dat het beste de aanleiding tot zorg beschrijft. Een meer uitgebreide beschrijving van de zorgtypen staat in Bijlage 3: Zorgtypen.
Gedurende de looptijd van de DBC mag het zorgtype gewijzigd worden. Het zorgtype moet echter bij het sluiten van de DBC volledig en juist geregistreerd zijn.

Let op
Is er sprake van Bemoeizorg of een Rechterlijke machtiging op basis van de Wet Bopz? Selecteer dan altijd dit zorgtype, ook al is er eerder een ander zorgtype geregistreerd.

Anonimisering van zorgtypen

In verband met de privacy van de patiënt worden sommige zorgtypen die verband houden met een rechterlijke uitspraak niet op de declaratie aan de verzekeraars opgenomen. Voor de zorgtypen Rechtelijke machtiging (RM), Rechterlijke machtiging met voorwaarden en bemoeizorg geldt dat deze de pseudocode 199 bij een initiële DBC en 299 bij een vervolg-DBC krijgen. In het geval van het zorgtype Inbewaringstelling (IBS) krijgt de DBC de pseudocode 199.

3.1.3.4 Vastleggen diagnoseclassificatie

De diagnoseclassificatie in de DBC-systematiek sluit aan bij de regels die gelden rondom het gebruik van de DSM-IV-TR. De registratie van de diagnose gebeurt met behulp van de diagnosetabel van de

[14] Unieke ZorgVerzekeraarsIdentificatie is een identificatie van de zorgverzekeraars in Nederland

NZa die is gebaseerd op de DSM-IV-TR. De bijbehorende codes van As 1 en As 2 sluiten aan bij de ICD-9-CM.

Registreren diagnose per as

De hoofdbehandelaar registreert de classificatie conform DSM-IV-TR. Hierbij moet de diagnose geregistreerd worden op alle vijf zogeheten assen, die hieronder worden besproken.

As 1: Klinische stoornissen

Op As 1 kan één of meerdere stoornissen worden geselecteerd volgens de diagnosetabel. Tabel 1 **As 1: klinische stoornissen** laat zien hoe de hoofdgroepen van de diagnosetabel volgen uit de hoofdgroepen van de DSM-IV-TR.

Let op
– Op As 1 is de diagnose 799.9 ‘Diagnose/aandoening uitgesteld’ niet toegestaan.
– Registreer V71.09 ‘Geen diagnose of aandoening op As 1 aanwezig’ als er geen As 1-stoornis bij de betreffende patiënt aanwezig is.
– De diagnosetypering van seksueel misbruik van een kind is voor daders V61.21.

Tabel 1 As 1: klinische stoornissen

As 1 Klinische stoornissen	
DSM IV-TR	**Diagnosetabel**
Stoornissen in de kindertijd	Overige stoornissen in de kindertijd
	Pervasieve ontwikkelingsstoornissen
	Aandachtstekort stoornissen en gedragsstoornissen
Delirium, dementie en amnestische en andere cognitieve stoornissen	Delirium, dementie en amnestische en andere cognitieve stoornissen
Psychische stoornissen door een somatische aandoening	Restgroep diagnoses
Aan een middel gebonden stoornissen	Aan alcohol gebonden stoornissen
	Overige aan een middel gebonden stoornissen
Schizofrenie en andere psychotische stoornissen	Schizofrenie en andere psychotische stoornissen
Stemmingsstoornissen	Depressieve stoornissen
	Bipolaire en overige stemmingsstoornissen
Angststoornissen	Angststoornissen
Somatoforme stoornis	Somatoforme stoornissen
Nagebootste stoornissen	Restgroep diagnoses
Dissociatieve stoornissen	Restgroep diagnoses
Seksuele stoornissen en genderidentiteitsstoornissen	Restgroep diagnoses
Eetstoornissen	Eetstoornissen
Slaapstoornissen	Restgroep diagnoses
Stoornissen in de impulsbeheersing	Restgroep diagnoses
Aanpassingsstoornissen	Aanpassingsstoornissen
Andere aandoeningen en problemen die een reden voor zorg kunnen zijn	Andere aandoeningen en problemen die een reden voor zorg kunnen zijn

As 2: Persoonlijkheidsstoornissen

Op As 2 kunnen één of meerdere stoornissen worden geselecteerd volgens de diagnosetabel. Per stoornis moet worden aangegeven of de stoornis aanwezig is of dat er trekken van deze stoornis aanwezig zijn. Naast de registratie van de persoonlijkheidsstoornissen kan maximaal één code voor zwakzinnigheid of zwakbegaafdheid worden geregistreerd. In Tabel 2 As 2: Persoonlijkheidsstoornis-

sen is te zien hoe de hoofdgroepen van de diagnosetabel volgen uit de hoofdgroepen van de DSM-IV-TR.

Let op

- Per persoonlijkheidsstoornis sluiten de antwoordmogelijkheden 'aanwezig' en 'trekken van' elkaar uit.
- Op As 2 kunt u wel kiezen voor de code 799.9 'Diagnose/aandoening uitgesteld', maar deze kan nooit de primaire diagnose van de DBC zijn.
- Registreer V71.09 'Geen diagnose of aandoening op As 2 aanwezig' als er geen As 2-stoornis bij de betreffende patiënt aanwezig is.

Tabel 2 As 2: Persoonlijkheidsstoornissen

As 2 Persoonlijkheidsstoornissen	
DSM IV-TR	**Diagnosetabel**
Zwakzinnigheid (Stoornissen in de kindertijd) Lichte zwakzinnigheid Matige zwakzinnigheid Ernstige zwakzinnigheid Diepe zwakzinnigheid Zwakzinnigheid, ernst niet gespecificeerd	Restgroep diagnoses
Persoonlijkheidsstoornissen Paranoïde persoonlijkheidsstoornis Schizoïde persoonlijkheidsstoornis Schizotypische persoonlijkheidsstoornis Antisociale persoonlijkheidsstoornis Borderline persoonlijkheidsstoornis Theatrale persoonlijkheidsstoornis Narcistische persoonlijkheidsstoornis Ontwijkende persoonlijkheidsstoornis Afhankelijke persoonlijkheidsstoornis Obsessieve – compulsieve persoonlijkheidsstoornis Persoonlijkheidsstoornis NAO Uitgesteld / geen persoonlijkheidsstoornis	Persoonlijkheids-stoornissen
Zwakbegaafdheid (Bijkomende problemen die een reden voor zorg kunnen zijn)	Restgroep diagnoses

As 3: Somatische aandoeningen

Registreer op As 3 alleen de somatische aandoening die een directe relatie heeft met de As 1- of As 2-stoornis (bijvoorbeeld: delirium door een somatische aandoening) en die van invloed is op de behandeling.

De registratie van somatische aandoeningen is in de DBC-systematiek beperkt tot drie niveaus:

- *Geen of geen relevante diagnose op As 3*
  Als er geen somatische aandoening aanwezig is of als de somatische aandoening geen consequenties heeft voor de behandeling van de patiënt.
- *Diagnose op As 3 enkelvoudig*
  Als er sprake is van een somatische aandoening die beperkte consequenties heeft. Doe dit dus alleen als deze naar verwachting zorgverzwarend is voor de behandeling van de primaire diagnose.
- *Diagnose op As 3 complex*
  Als er sprake is van een somatische aandoening die veel consequenties heeft dan wel zorgverzwarend werkt voor de behandeling van de As 1- of As 2-stoornis. Van complex is bijvoorbeeld sprake wanneer:
  - een medisch specialistische behandeling door een andere medisch specialist dan de psychiater noodzakelijk is;
  - aanvullende zorg gericht op de somatische aandoening of als gevolg van de somatische aandoening noodzakelijk is. Bijvoorbeeld in geval van doofheid;
  - er een specifieke behandelafdeling (PAAZ, PUK, PMU/GAPZ/GAAZ) nodig is om zorg te kunnen bieden;
  - er sprake is van bepaalde specifieke ziektebeelden, zoals ziekte van Alzheimer of Hypothyreoïdie.

Tabel 3 As 3: Somatische aandoeningen

As 3 Somatische aandoeningen	
Diagnosetabel	**Bijzonderheden**
Diagnose op As3, complex	Registreer alleen de somatische diagnoses die een directe relatie hebben met de As 1- of As 2-stoornis
Diagnose op As3 enkelvoudig	
Geen of geen relevante diagnose op As3	

As 4: Psychosociale factoren en omgevingsfactoren

Op As 4 worden de psychosociale factoren en omgevingsfactoren vastgelegd die een duidelijk zorgverzwarende factor vormen bij de behandeling van de primaire diagnose. Registreer 'diagnose of aandoening niet aanwezig' als er geen As 4-factor aanwezig is. Tabel 4 As 4: Psychosociale factoren geeft deze factoren weer.

Tabel 4 As 4: Psychosociale factoren

As 4 Psychosociale factoren en omgevingsfactoren	
Factoren	**Bijzonderheden**
Problemen binnen de primaire steungroep	Deze psychosociale factoren en omgevingsfactoren mogen alleen vastgesteld worden als ze duidelijk zorgverzwarend werken.
Problemen verbonden aan de sociale omgeving	
Studie/scholingsproblemen	
Werkproblemen	
Woonproblemen	
Financiële problemen	
Problemen met de toegankelijkheid van gezondheidsdiensten	
Problemen met justitie/ politie of met de misdaad	
Andere psychosociale en omgevingsproblemen	
Geen diagnose/ factor op As 4 aanwezig	Indien er geen psychosociale factoren aanwezig zijn of wanneer deze geen consequenties hebben voor de behandeling van de primaire diagnose, dient deze code geregistreerd te worden.

As 5: GAF-score

Tenslotte registreert de hoofdbehandelaar op As 5 de Global Assessment of Functioning-score (GAF-score) driemaal:

- *Bij openen (tweemaal):*
  - De hoogste GAF-score van de voorgaande 365 dagen. Is er geen eerdere GAF-score? Registreer dan de GAF-score bij het begin van de behandeling of maak een inschatting van de hoogste GAF-score van het afgelopen jaar.
  - De GAF-score op het moment van openen van de DBC.
- *Bij sluiten:*
  de GAF-score op de einddatum van de DBC.

De verdeling van de GAF-scores zoals deze wordt gebruikt in de DBC-systematiek is weergegeven in onderstaande tabel.

Tabel 5 As 5: GAF score

As 5 GAF score
GAF score 1–10
GAF score 11–20
GAF score 21–30
GAF score 31–40
GAF score 41–50
GAF score 51–60

As 5 GAF score
GAF score 61–70
GAF score 71–80
GAF score 81–90
GAF score 91–100

3.1.3.5 Registreren primaire diagnose

Nadat de diagnose op alle assen is geregistreerd, kan worden aangegeven wat de primaire diagnose van het zorgtraject is. De primaire diagnose is de belangrijkste reden voor de behandeling. Alleen een diagnose op As 1 of As 2 kan worden geselecteerd als primaire diagnose van het zorgtraject.

Let op

– De primaire diagnose kan niet een van de volgende codes zijn: '799.9 Diagnose/aandoening uitgesteld' of 'V71.09 Geen diagnose of aandoening op As 2 aanwezig'.
– Als er bij een diagnose op As 2 'Trekken van..' wordt gescoord, kan deze wel dienen als primaire diagnose.
– De code op As 2 voor zwakzinnigheid of zwakbegaafdheid kan niet als primaire diagnose geregistreerd worden (hieronder vallen ook de codes voor stoornissen in de kindertijd op As 2).

Wijzigen diagnose bij lopende DBC

– Een vervolg-DBC heeft altijd precies dezelfde primaire diagnose als de voorgaande (initiële) DBC. Deze diagnose kan niet worden aangepast. Dit houdt ook in dat als de primaire diagnose in dezelfde hoofdgroep valt als bij de voorgaande DBC maar niet precies hetzelfde is, een initiële DBC geopend moet worden voor het behandelen van de nieuwe diagnose.
– Als de primaire diagnose van een openstaande *initiële* DBC wijzigt wordt de diagnose van die initiële DBC aangepast. Er wordt dus géén nieuwe initiële DBC (en geen nieuw zorgtraject) geopend. Dit geldt zowel bij wijzigen naar een diagnose binnen dezelfde hoofdgroep als naar een diagnose in een andere hoofdgroep.

3.1.3.6 Omgaan met meerdere primaire diagnoses

Het is mogelijk dat bij een patiënt meerdere (primaire) diagnoses worden vastgesteld. Afhankelijk van hoe de diagnoses zich tot elkaar verhouden kan worden gekozen voor parallelle of opeenvolgende zorgtrajecten.

Parallelle zorgtrajecten

Er is sprake van parallelle zorgtrajecten als de hoofdbehandelaar meerdere initiële DBC's en bijbehorende zorgtrajecten opent. Parallelle trajecten kunnen worden geregistreerd als er sprake is van meerdere primaire diagnoses waarvoor gelijktijdig substantieel verschillende behandelingen moeten worden ingezet. De hoofdbehandelaar moet het openen van parallelle zorgtrajecten op dat punt ook kunnen verantwoorden.

Parallelle zorgtrajecten mogen niet in eenzelfde diagnosehoofdgroep vallen. Onder diagnosehoofdgroep verstaan we een combinatie tussen de hoofdgroepen zoals deze in de DSM-IV-TR worden aangeduid en de diagnosegroepen zoals opgenomen in de prestatiecode. In de onderstaande tabel wordt aangegeven welke hoofdgroepen ontstaan wanneer deze combinatie tussen DSM-IV-TR en de prestatiecode wordt gemaakt. In totaal zijn er voor de ggz 28 hoofdgroepen.

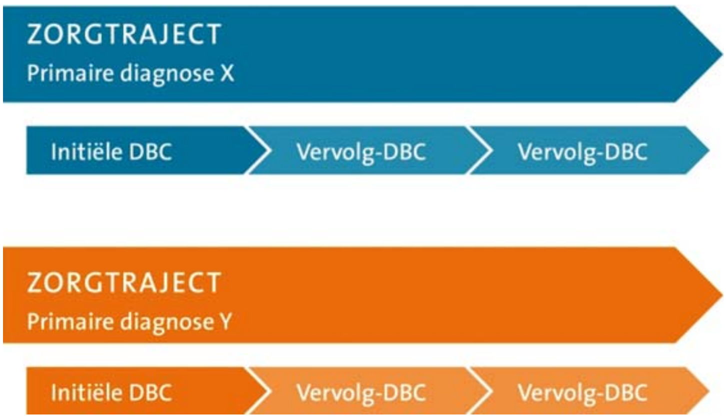
Tabel 6 Mogelijke parallelle diagnoses

Parallelliteitscode ggz: hoofdgroepen	
001	Overige stoornissen in de kindertijd
002	Pervasieve ontwikkelingsstoornissen
003	Aandachtstekortstoornissen en gedragsstoornissen
004	Psychische stoornissen door een somatische aandoening
005	Nagebootste stoornissen
006	Dissociatieve stoornissen
007	Seksuele stoornissen en genderidentiteitsstoornissen
008	Slaapstoornissen
009	Stoornissen in de impulsbeheersing
010	Bijkomende codes/ geen diagnose

Parallelliteitscode ggz: hoofdgroepen	
011	DC:0-3 Kinder- & Jeugdstoornissen primaire diagnosen
012	Zwakzinnigheid (Stoornissen in de kindertijd)
013	Zwakbegaafdheid (Bijkomende problemen die een reden voor zorg kunnen zijn)
014	Bijkomende codes/ geen diagnose
015	DC:0-3 Kinder- & jeugdstoornissen ouder/ kindrelatiestoornissen
016	Aanpassingsstoornissen
017	Andere aandoeningen en problemen die een reden voor zorg kunnen zijn
018	Delirium, dementie en amnestische en andere cognitieve stoornissen
019	Aan alcohol gebonden stoornis
020	Overige aan een middel gebonden stoornissen
021	Schizofrenie en andere psychotische stoornissen
022	Depressieve stoornissen
023	Bipolaire en overige stemmingsstoornissen
024	Angststoornissen
025	Persoonlijkheidsstoornissen
026	Somatoforme stoornissen
027	Eetstoornissen
028	Leesstoornis

Let op

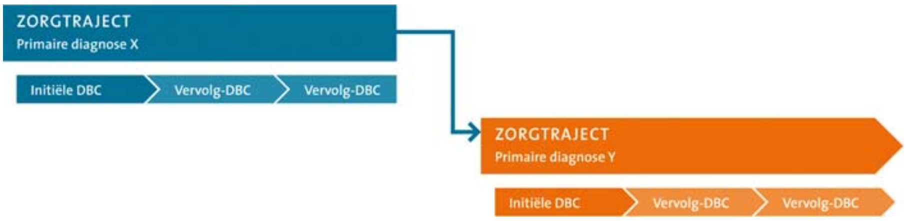
– Bij parallelle DBC’s en bijbehorende (reguliere) zorgtrajecten moeten de primaire diagnoses een verschillende parallelliteitscode hebben (zie Tabel 6 Mogelijke **parallelle diagnoses**.
– Het moet te verantwoorden zijn dat tegelijkertijd substantieel verschillende behandeling moet worden ingezet.
– Een patiënt kan bij een instelling of (zelfstandig gevestigde) praktijk maximaal drie openstaande reguliere zorgtrajecten hebben.
– Voor instellingen met een 24-uurs crisisdienst is het mogelijk om een vierde zorgtraject te openen, alleen wanneer dit een DBC is met zorgtype ‘crisisinterventie zonder opname’ of ‘crisisinterventie met opname’.
– Er kunnen geen twee crisis-DBC’s parallel lopen.



Figuur 4 Parallelle zorgtrajecten

Opeenvolgende (seriële) zorgtrajecten

Er kan sprake zijn van verschillende diagnoses waarvan één diagnose het meest dringend is (comorbiditeit). Er is dan sprake van één primaire diagnose en meerdere nevendiagnoses. In een dergelijke situatie opent de hoofdbehandelaar eerst een initiële DBC en een zorgtraject voor de primaire diagnose. Als de patiënt voor de primaire diagnose is uitbehandeld, sluit de hoofdbehandelaar het zorgtraject en opent een nieuwe initiële DBC en een nieuw zorgtraject, waarbij de eerdere nevendiagnose de nieuwe primaire diagnose wordt. We spreken dan van ‘opeenvolgende zorgtrajecten’. Deze vorm van opeenvolgend behandelen heet ook wel de ‘stepped care-systematiek’.



Figuur 5: Opeenvolgende zorgtrajecten

Let op
De voorwaarde voor opeenvolgende DBC's en bijbehorende zorgtrajecten is dat de primaire diagnoses van elkaar verschillen.

Voorbeeld:
Een patiënt heeft een alcoholverslaving en een depressie. Is de alcoholverslaving de aandoening die het meest dringend moet worden behandeld, dan opent de hoofdbehandelaar daarvoor een initiële DBC en vinkt de alcoholverslaving als primaire diagnose aan. Als de patiënt voor de alcoholverslaving is uitbehandeld, opent hij een nieuw zorgtraject met een nieuwe initiële DBC met depressie als primaire diagnose.

Onverzekerde diagnoses

Van een onverzekerde diagnose is sprake als het Zorginstituut Nederland (voorheen het College van Zorgverzekeringen) heeft bepaald dat een diagnose niet onder de aanspraak van het basispakket van de Zvw valt.
Het gaat hier om:
– aanpassingsstoornissen;
– andere aandoeningen en problemen die een reden voor zorg kunnen zijn;
– leerstoornissen.

Deze diagnoses kunnen wel als primaire diagnose worden geregistreerd. Als echter andere activiteiten zijn geregistreerd dan pre-intake, diagnostiek en algemeen indirecte tijd valt de DBC uit bij validatie. In de OZP lijst[15] zijn twee prestaties opgenomen voor onverzekerde zorg. Ten aanzien van de vraag wat onverzekerde zorg is, zijn te allen tijde de uitspraken van Zorginstituut Nederland (voorheen het College voor Zorgverzekeringen) leidend.

3.1.4 Registreren

3.1.4.1 Wie mogen registreren?

Alle behandelaren van wie het beroep op de openingsdatum van de DBC is opgenomen in de DBC-beroepentabel (Bijlage 5: DBC-Beroepentabel) kunnen op de DBC diagnostiek en behandeling registreren zoals beschreven in de Activiteitenlijst (Bijlage 4: Activiteiten en verrichtingen). Zie verder de toelichting vanaf 3.1.4.13.

3.1.4.2–3.1.4.10 Directe tijd, indirecte tijd en reistijd

De behandelaar moet bij het registreren van patiëntgebonden activiteiten aangeven of het om directe of indirecte (reis)tijd gaat. In de activiteiten- en verrichtingenlijst staat per activiteit aangegeven welke vormen van tijd geregistreerd mogen worden.

Let op
Niet-patiëntgebonden activiteiten kan de behandelaar niet op een DBC registreren. Dit zijn activiteiten zoals: scholing, algemene vergaderingen, intervisies over het functioneren van collega's, productontwikkeling en het lezen van vakliteratuur.

[15] Zie de beleidsregel Prestaties en tarieven gespecialiseerde geestelijke Gezondheidszorg en de nadere regel 'Medisch specialistische zorg' (hiervan bijlage apart te downloaden).

Direct patiëntgebonden tijd

Dit is de tijd waarin een behandelaar, in het kader van de diagnostiek of behandeling[16], contact heeft met de patiënt of met familieleden, gezinsleden, ouders, partner of andere naasten (het systeem) van de patiënt. Direct patiëntgebonden tijd kan bestaan uit:
- face-to-face contact;
- telefonisch contact;
- schriftelijk/e-mail contact;
- chat, Skype etc.(direct contact via internet).

Indirect patiëntgebonden tijd

Dit is tijd die de behandelaar besteedt aan zaken rondom een contactmoment (de direct patiëntgebonden tijd), maar waarbij de patiënt (of het systeem van de patiënt) zelf niet aanwezig is. Voorbeelden van indirect patiëntgebonden tijd zijn:
- het voorbereiden van een activiteit (bijvoorbeeld van een sessie psychotherapie);
- verslaglegging in het kader van de activiteit (bijvoorbeeld psychiatrisch onderzoek);
- hersteltijd na een intensieve behandelsessie.

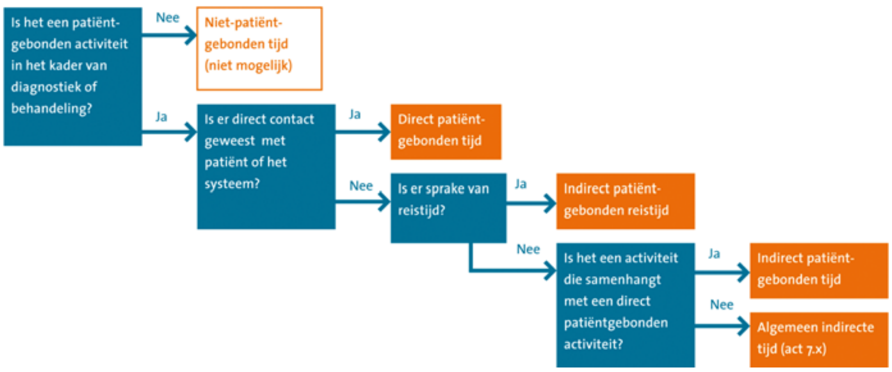
Indirect patiëntgebonden reistijd

Dit betreft tijd die de behandelaar besteedt aan het reizen van en naar de patiënt die buiten de instelling behandeling, begeleiding of verpleging ontvangt. De behandelaar mag alleen reistijd registreren als de reistijd in het teken staat van direct patiëntgebonden activiteiten. Verschijnt de patiënt niet (no show), dan mag de behandelaar de reistijd alsnog registreren.

Let op
Tijd om binnen de eigen organisatie (AGB-code) de patiënt te bereiken mag niet geregistreerd worden als reistijd. Ook niet als de zorginstelling over meerdere locaties beschikt.

Algemeen indirecte tijd

Deze tijd is wel patiëntgebonden, maar heeft geen betrekking op de uitvoering van een directe behandelactiviteit. Algemeen indirecte tijd wordt bijvoorbeeld geregistreerd bij een multidisciplinair overleg of bij de eindverslaglegging van een behandeltraject. Het betreft de activiteiten met code 7.x. Zie Figuur 6 ter illustratie.



Figuur 6: Bepaling directe tijd, indirecte (reis)tijd of algemeen indirecte tijd

Let op: DBC's met alleen indirecte tijd
Het is niet mogelijk om DBC's met alleen indirecte tijd te declareren. Dit betekent dat er altijd directe tijd geleverd moet worden in een DBC. Dit geldt voor zowel de initiële DBC's als de vervolg-DBC's.

3.1.4.2 Registratie van activiteiten en verrichtingen op een DBC

Alle activiteiten die worden uitgevoerd in het kader van de zorg voor een patiënt moeten worden geregistreerd op een DBC. Er kan geregistreerd worden in de categorieën diagnostiek en behandeling,

[16] Dit betekent dat er alleen directe tijd geregistreerd kan worden als het een behandel- of een diagnostiekcontact is in het kader van het behandelplan van de patiënt. Bijpraten, koffiedrinken of het maken van een afspraak met het systeem van de patiënt valt hier bijvoorbeeld niet onder.

dagbesteding, verblijf, en verrichtingen. Per categorie wordt toegelicht wat kan worden geregistreerd, wie mag registreren en hoe dat moet gebeuren.

Tip: Het beste is om zo snel mogelijk na afloop van een activiteit of verrichting te registreren. Dit bevordert de betrouwbaarheid en juistheid van de geregistreerde dagbesteding.



Figuur 7: Zorgcategorieën

3.1.4.3 Diagnostiek en behandeling registreren

Diagnostische activiteiten en behandelactiviteiten in het kader van het behandelplan worden geregistreerd op basis van tijdschrijven. Een behandelaar mag alleen de patiëntgebonden tijd registreren die hij daadwerkelijk heeft besteed aan die activiteit.
Binnen de categorie diagnostiek en behandeling registreert de behandelaar verschillende soorten activiteiten. Het gaat dan om activiteiten in het kader van pre-intake, diagnostiek, behandeling, begeleiding, verpleging en algemeen indirecte tijd. Hierop kunnen verschillende vormen van tijd worden geregistreerd: direct patiëntgebonden tijd, indirect patiëntgebonden tijd en indirect patiëntgebonden reistijd.

3.1.4.4 Registreren van behandelactiviteiten in klinische setting

Het hangt van de situatie af of activiteiten in een klinische setting geregistreerd mogen worden. De kosten van de zorg van sommige beroepen zitten namelijk al in het tarief van verblijf versleuteld.

24-uurs continuïteitszorg is de basiszorg die op klinische afdelingen van een instelling 24 uur per dag voor de patiënt beschikbaar is. Beroepen die 24-uurscontinuïteitszorg leveren, registreren hun bestede tijd (in het kader van behandeling) tijdens het verblijf van een patiënt niet volgens de activiteiten- en verrichtingenlijst. De inzet van deze beroepen is voor 100% verwerkt in het tarief van verblijf. Een instelling bepaalt zelf welke behandelaren deze zorg leveren en dus hun tijdsbesteding niet dienen te registreren volgens de registratielijst

3.1.4.5–3.1.4.10 Bijzonderheden bij het registreren van diagnostiek en behandeling

Aan het registreren van diagnostiek en behandeling is een aantal bijzonderheden verbonden:

3.1.4.5 Behandeltijd aan het systeem van de patiënt

Tijdens een behandeling kan ook behandeltijd besteed worden aan het ‘systeem’ van de patiënt. Met het systeem worden de familieleden, gezinsleden, ouders, partner of andere naasten van de patiënt bedoeld. Registreer deze bestede (in)directe tijd, in het kader van de behandeling van de diagnose/aandoening van de patiënt, op de DBC van de betreffende patiënt. Tijdsbesteding aan het systeem kan zowel met als zonder aanwezigheid van de patiënt plaatsvinden. Ook kan het zowel individueel als in een groep plaatsvinden. Er zijn zes varianten mogelijk, in Tabel 7 Varianten in behandelactiviteiten zijn de verschillende varianten toegelicht.

Tabel 7 Varianten in behandelactiviteiten

Varianten in behandelactiviteiten	
Variant	**Omschrijving**
Patiënt individueel	Alleen de patiënt wordt behandeld
Patiënt in groep	De patiënt wordt behandeld in een groep
Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt individueel	De patiënt wordt behandeld in bijzijn van het systeem
Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt in groep	De patiënt wordt behandeld in een groep in bijzijn van het systeem
Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt individueel	Er wordt tijd besteed aan het systeem zonder dat de patiënt aanwezig is
Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt in groep[1]	Er wordt tijd besteed aan een groep van meerdere systemen van meerdere patiënten zonder dat de patiënten aanwezig zijn

[1] Wanneer in een groep tijd aan het systeem wordt besteed gelden dezelfde registratieregels als bij groepstherapie.

3.1.4.6 Meerdere behandelvormen tegelijkertijd

Het kan voorkomen dat de behandelaar tijdens één sessie met een patiënt meerdere behandelvormen toepast, bijvoorbeeld het toepassen van farmacotherapie en psychotherapie. De behandelaar verdeelt dan de bestede tijd naar verhouding over deze behandelvormen.

3.1.4.7 Groepstherapie

Wanneer een patiënt groepstherapie krijgt waarbij twee of meer mensen tegelijkertijd behandeld worden, deelt de behandelaar zijn bestede tijd door het aantal deelnemers in de groepstherapie. Het maakt daarbij niet uit volgens welke wet (bijvoorbeeld Zvw, AWBZ of WMO) de behandeling van die patiënten in de groepstherapie gefinancierd wordt. Dus bij een behandeling van 160 minuten waaraan acht patiënten deelnemen, registreert de behandelaar 20 minuten op de DBC van een patiënt die, volgens de Zvw, zorg ontvangt.

3.1.4.8 Open inloopspreekuren

De behandelaar houdt een inloopspreekuur waarbij patiënten kunnen binnenlopen wanneer ze dat willen. In dat geval verdeelt de behandelaar de tijd die hij in totaal heeft besteed aan de patiënten evenredig over het aantal patiënten, dat hij tijdens het spreekuur heeft gezien. Dit betekent dat de tijd die de behandelaar niet aan de patiënten van het inloopspreekuur besteedt, ook niet op hun DBC mag registreren.

3.1.4.10 Onderlinge dienstverlening

De hoofdbehandelaar (opdrachtgever) kan een gespecialiseerde behandelaar uit een andere zorginstelling of (zelfstandig gevestigde) praktijk inschakelen (opdrachtnemer), bijvoorbeeld voor het uitvoeren van een psychodiagnostisch onderzoek. In dat geval opent de opdrachtnemer geen eigen DBC voor de patiënt, maar de hoofdbehandelaar registreert de activiteiten die de opdrachtnemer heeft uitgevoerd op de openstaande DBC van de patiënt. De bestede tijd dient wel op naam van de opdrachtnemer op de DBC geregistreerd te worden. De opdrachtgever betaalt vervolgens de opdrachtnemer buiten de DBC-systematiek om. De DBC wordt na sluiting gedeclareerd. De reden voor deze werkwijze is dat zo alle bestede Zvw-zorg voor de behandeling van een diagnose binnen één DBC geregistreerd wordt.

Let op
Onderlinge dienstverlening is anders dan een second opinion.
Het tarief voor prestaties in het kader van onderlinge dienstverlening is vrij en dient nader bepaald te worden door de uitvoerende en opdrachtgevende zorgaanbieder.

3.1.4.12 Somatische beroepen

In het kader van een behandeling moeten beroepen die onder het beroepencluster ‘somatische beroepen’ vallen, hun tijd ook verantwoorden via activiteiten die opgenomen zijn in de activiteiten- en verrichtingenlijst. Er zijn namelijk geen aparte somatische activiteiten opgenomen. Registreer dus de activiteit die het beste past bij de behandeling. Een voorbeeld hiervan is een arts die bij een patiënt lichamelijk en screenend (laboratorium)onderzoek doet. Deze tijd kan geschreven worden in het kader van diagnostiek, onder de activiteiten ‘lichamelijk onderzoek’ en ‘aanvullend onderzoek’.

3.1.4.13 Behandelaren die nog in een (vervolg)opleiding zijn

Deze groep registreert onder het beroep van de opleiding die ze op het moment van behandelen hebben afgerond.

Let op
Stagiairs en behandelaren die nog geen opleiding hebben afgerond die op de DBC-beroepentabel staat mogen niet registreren op het beroep waarvoor ze in opleiding zijn.

3.1.4.14 Beroepen die 24-uurscontinuïteitszorg leveren

De 24-uurscontinuïteitszorg is de basiszorg die op klinische afdelingen van een instelling 24 uur per dag voor de patiënt beschikbaar is. Beroepen die 24-uurscontinuïteitszorg leveren, registreren hun bestede tijd (in het kader van behandeling) tijdens het verblijf van een patiënt niet volgens de activiteiten- en verrichtingenlijst. De inzet van deze beroepen is voor 100% versleuteld in het tarief van verblijf. Een instelling bepaalt zelf welke behandelaren deze zorg leveren en dus hun tijdsbesteding niet dienen te registreren volgens de registratielijst.

Let op
– Wanneer medische, psychotherapeutische, agogische, psychologische, vaktherapeutische en somatische beroepen worden ingezet als (mede)behandelaar, is deze inzet niet versleuteld in het tarief van een verblijfsdag. Deze beroepen moeten wel hun bestede tijd registreren aan de hand van de activiteiten- en verrichtingenlijst.
– De kosten van aanwezigheid- en beschikbaarheidsdiensten van medische of andere beroepen zijn niet meegenomen in het tarief van verblijf. Zij moeten tijdens de diensten uitgevoerde activiteiten en verrichtingen ook met behulp van de activiteiten- en verrichtingenlijst registreren (bijvoorbeeld uitgevoerde activiteiten tijdens een inloopspreekuur).

3.1.4.15–3.1.4.19 Dagbesteding registreren

Het doel van dagbesteding is: ‘het bevorderen, behouden of compenseren van de zelfredzaamheid van de patiënt’. Binnen de (Zvw-gefinancierde) geneeskundige GGZ is het van belang dat de dagbesteding:
– altijd in het kader is van de (psychiatrische) behandeling;
– terug te vinden is in het behandelplan van de patiënt, dat is opgesteld door de behandelaar.

Als dagbesteding kan dus binnen een DBC niet geregistreerd worden:
– een reguliere dagstructurering die in een 24-uurs verblijfssituatie wordt geboden;
– een welzijnsactiviteit zoals zang, bingo, uitstapjes en dergelijke.

3.1.4.15 Wie registreert

Iedereen onder verantwoordelijkheid van de hoofdbehandelaar kan binnen de DBC dagbesteding registreren. Voorwaarden om dagbesteding te registreren
– Dagbesteding is in het kader van de (psychiatrische) behandeling;
– Dagbesteding is terug te vinden in het behandelplan opgesteld door de behandelaar;
– De patiënt is daadwerkelijk aanwezig.

Let op
– Tijdens dagbesteding kan de behandelaar géén directe patiëntgebonden behandelactiviteiten registreren. Tijdens de uren dagbesteding worden patiënten namelijk niet behandeld of verpleegd.
– Dagbesteding mag tegelijkertijd geregistreerd worden met verblijfsdagen *met* overnachting.
– Dagbesteding mag *niet* geregistreerd worden met verblijf *zónder* overnachting.

3.1.4.16 Vormen van dagbesteding

Dagbesteding sociaal (ontmoeting)

De meest basale functie van een dagactiviteitencentrum is de ontmoetingsfunctie. De inloopfunctie is de meest ‘laagdrempelige’ functie in het kader van dag- en arbeidsmatige activiteiten. Aan de deelnemers worden over het algemeen geen strenge eisen gesteld voor wat betreft de deelname aan de inloop.

Dagbesteding activering

Deze vorm gaat verder dan het ontmoeten van anderen en omvat ook recreatieve, creatieve of

sportieve activiteiten. Deze activiteiten worden over het algemeen groepsgewijs aangeboden. De deelname is niet verplicht, maar over het algemeen wel minder vrijblijvend. Voorbeelden van dagbesteding in het kader van activering zijn: tekenen, voetballen en tuinieren.

Dagbesteding educatie

Educatieve dagbesteding heeft als doel om de patiënt iets te leren. Bij de educatieve activiteiten is er over het algemeen sprake van een vast weekprogramma en een groepsgewijs aanbod. Denk bijvoorbeeld aan een computercursus, cursus boekbinden en gitaarles.

Dagbesteding arbeidsmatig

Bij arbeidsmatige dagbesteding zijn activiteiten gericht op het begeleiden van patiënten die aan het werk willen in het reguliere arbeidsproces, zoals het opdoen van arbeidsvaardigheden en -ervaring. Het gaat hierbij om onbetaalde werkzaamheden, soms wordt een beperkte onkostenvergoeding verstrekt.

Dagbesteding overig

Alle dagbesteding die niet onder sociale, activerende, educatieve of arbeidsmatige dagbesteding valt maar wel wordt ingezet in het kader van de behandeling van een patiënt met een bepaalde primaire diagnose, kan onder overige dagbesteding worden geregistreerd.

3.1.4.17–3.1.4.19 Wat registreren bij dagbesteding

Er moet bij het registreren van dagbesteding gebruik worden gemaakt van de codes die op de registratiedatum in de activiteiten- en verrichtingenlijst staan.

Let op
Dagbesteding wordt geregistreerd in uren en dus niet zoals bij diagnostiek- en behandelactiviteiten in minuten. Per uur dagbesteding worden 10 minuten opgeteld bij de bestede tijd in de DBC.

3.1.4.20–3.1.4.24 Verblijf registreren

3.1.4.20 Wie registreert?

Alle behandelaren van wie het beroep op de openingsdatum van de DBC is opgenomen in de DBC-beroepentabel, mogen binnen de DBC verblijfsdagen registreren.

Wat valt er onder een verblijfsdag

Bij de registratie van een verblijfsprestatie gaat het om een ‘kale verblijfsdag’. In het tarief van een verblijfsprestatie zijn eten en drinken, verpleging en verzorging inbegrepen, maar de behandeling van een patiënt niet. De behandelactiviteiten tijdens een verblijfsdag moeten dus apart geregistreerd worden.

Wanneer verblijf registreren

Behandelaren moeten bij het registreren gebruik maken van de activiteitencodes die op de openingsdatum van de DBC in de activiteiten -en verrichtingenlijst staan. Verblijfsdagen (met of zonder overnachting) kunnen direct na de opnameperiode van de patiënt of op een later moment geregistreerd worden. Elke verblijfsdag moet een unieke registratiedatum hebben. Het is dus niet toegestaan om aan het einde van de looptijd van de DBC het totale aantal verblijfsdagen van meerdere opnameperiodes onder één code te registreren.

3.1.4.21–3.1.4.24 Onderscheid verblijf met/zonder overnachting

Bij de registratie van verblijf wordt verder onderscheid gemaakt tussen verblijf met een overnachting (act.4.4.2.1) en verblijf zonder een overnachting (act.4.4.2.2). Verblijf wordt altijd geregistreerd op basis van dagen aanwezigheid[17]. Dagen dat de patiënt afwezig is mogen niet worden geregistreerd als verblijfsprestatie.

[17] Afwezigheiddagen worden niet geregistreerd op de DBC van de betreffende patiënt.

3.1.4.21–3.1.4.22 Verblijf met overnachting (VMO)

Een verblijfsdag met overnachting kan alleen geregistreerd worden als de patiënt op zijn laatst om 20:00 uur is opgenomen (zowel bij eerste opname als heropname) en 's nachts in de instelling verblijft. De dag van opname en de daarop volgende nacht gelden als één verblijfsdag. De dag waarop de patiënt ontslagen wordt geldt niet als verblijfsdag.

Zeven verschillende deelprestaties verblijf

Een verblijfsdag met overnachting wordt geregistreerd als deelprestatie. Naast de inzet van verzorgend opvoedkundig en verplegend (VOV-personeel) voorziet de productstructuur voor verblijf in beschrijving van de verblijfszorg. Voor de keuze van de deelprestatie van verblijf is de zorgvraag van de patiënt leidend. Op basis van de zorgvraag van de patiënt wordt dié prestatie gekozen die het meest overeenkomt met de zorg die de patiënt nodig heeft. Declaratie vindt plaats in overeenstemming met de verblijfsdagen die telkens, volgens de zorgvraag van de patiënt, van toepassing zijn. Zie voor een uitgebreide beschrijving van de deelprestaties verblijf Bijlage 6: Deelprestaties verblijf.

3.1.4.23 Verblijf zonder overnachting (VZO)

Er is sprake van verblijf zonder overnachting (VZO) als de patiënt gedurende een groot deel van de dag (gemiddeld tussen 9.00 en 17.00 uur) in de instelling aanwezig is, voor diverse vormen van behandeling dan wel diagnostiek. De patiënt verblijft 's nachts niet in de instelling. Een VZO deelprestatie is bedoeld om zorg te omschrijven voor patiënten bij wie, naast de behandeling, ook ondersteuning van personeel met een VOV-functie noodzakelijk is voor een goed verloop van de diverse behandel- en/of diagnostiekactiviteiten.

Registratie VZO

Bij het registreren van een verblijfsdag zonder overnachting registreert de behandelaar twee zaken:
- Verblijfsprestatie VZO: de behandelaar kan, als voldaan is aan de voorwaarden zoals die hieronder zijn benoemd, de deelprestatie VZO registreren.
- Behandel- en/of diagnostiekactiviteiten: de op die dag uitgevoerde behandel- en/of diagnostiekactiviteiten maken geen onderdeel uit van de verblijfsdag zonder overnachting. De bestede behandeltijd moet geregistreerd worden op de DBC.

Voorwaarden voor registratie VZO

- De deelprestatie VZO mag niet geregistreerd worden als er meer dan vier uren aan direct patiëntgebonden activiteiten[18] op één dag worden gegeven.
- De ondersteuning van VOV-personeel is noodzakelijk voor een goed verloop van diverse behandel- en/of diagnostiekactiviteiten.
- Er is geen sprake van aaneengeschakelde behandeling van de patiënt binnen één dagdeel. In dat geval moeten de behandelaren de afzonderlijke behandelactiviteiten of verrichtingen die hebben plaatsgevonden registreren.
- VZO mag alleen geregistreerd worden wanneer op dezelfde kalenderdag minimaal twee direct patiëntgebonden activiteiten plaatsvinden die vallen onder de hoofdgroep diagnostiek en/of behandeling of in combinatie met de verrichting ECT. Zie Tabel 8 Activiteiten in combinatie met VZO.
- Is dat niet het geval, dan valt de DBC altijd uit in de validatie.

Tabel 8 Activiteiten in combinatie met VZO

Activiteiten in combinatie met VZO	
Verplicht	**Optioneel[1]**
Twee activiteiten uit hoofdgroep 'Diagnostiek'	Activiteiten uit hoofdgroep 'Pre-intake'
Of twee activiteiten uit hoofdgroep 'Behandeling'	Activiteiten uit hoofdgroep 'Algemeen indirecte tijd'
Of een activiteit uit hoofdgroep 'Diagnostiek' en een activiteit uit hoofdgroep 'Behandeling'	Een verrichting 'Ambulante Methadon'

[18] Het gaat hier om daadwerkelijke behandeluren van een patiënt; het gaat hier dus niet om de geregistreerde patiëntgebonden tijd. *Voorbeeld*: wanneer een patiënt vier uur groepsbehandeling ontvangt (groepsgrootte van 6 personen), worden er voor die patiënt 40 minuten tijd geregistreerd (4 x 10 minuten). Voor het registreren van VZO gaat het echter niet om de tijd die geregistreerd wordt, maar om de daadwerkelijke behandeltijd; namelijk in dit voorbeeld 4 uur.

Activiteiten in combinatie met VZO	
Verplicht	Optioneel[1]
Of een verrichting ECT	

[1] Het is niet mogelijk om VZO op dezelfde kalenderdag te registreren in combinatie met de volgende activiteiten: begeleiding (code 4.x), verpleging (code 5.x), prestatie verblijf met overnachting (code 8.8.x), dagbesteding (code 9.x), verrichting beschikbaarheids-component 24-uurs crisiszorg (code 10.3). Zie de activiteiten -en verrichtingenlijst (bijlage III) voor de specifieke activiteiten die onder deze codes vallen.

3.1.4.25–3.1.4.27 Verrichtingen registreren

Binnen de zorgcategorie verrichtingen wordt een onderscheid gemaakt tussen Electroconvulsiethera-pie (ECT) en ambulante Methadon verstrekking (AMV).

3.1.4.25 Wie registreert verrichtingen

Alle behandelaren van wie het beroep op de openingsdatum van de DBC is opgenomen in de DBC-beroepentabel, mogen binnen de DBC verrichtingen registreren.

3.1.4.26 Electroconvulsietherapie

Bij electroconvulsietherapie (ECT) moet de behandelaar niet alleen de tijd registreren die hij hieraan besteedt, maar ook het aantal behandelingen ECT. De behandeling kan namelijk niet helemaal bekostigd worden met de vergoeding voor de geschreven behandeltijd. Aan de verrichting ECT zijn de volgende kosten toegerekend: materiële kosten (zoals afschrijving, onderhoud van ECT apparatuur en overige materialen), loonkosten van betrokken behandelaren die niet op de DBC-beroepentabel staan (zoals de anesthesist, anesthesieverpleegkundige en verkoeververpleegkundige) en de tijd die een patiënt na de behandeling door brengt op de verkoeverkamer.

Registratie ECT

Als er sprake is van ECT, dan bevat de DBC altijd twee zaken:
– Verrichting ECT: het aantal behandelingen ECT wordt geregistreerd volgens de activiteiten- en verrichtingenlijst.
– De activiteit Electroconvulsietherapie: beroepen die voorkomen op de DBC-Beroepentabel registreren de bestede tijd met behulp van de activiteitcode voor ECT (Behandeling Fysische therapie Electroconvulsietherapie).

Zijn niet beide zaken geregistreerd, dan valt de DBC uit in de validatie.

3.1.4.27 Ambulante verstrekking van Methadon

Bij de verstrekking van Methadon aan ambulante patiënten, moet de behandelaar niet alleen de tijd registreren die hij hieraan besteedt, maar ook het aantal verstrekkingen van Methadon per kalender-maand. De behandeling kan namelijk niet geheel bekostigd worden met de vergoeding voor de geschreven behandeltijd. Het tarief van de verrichting ‘Ambulante Methadon’ is vastgesteld op basis van de gemiddelde inkoopprijs voor het medicijngebruik en is een vergoeding voor de medicijnkosten van de stof Methadon per maand.

Registratie bij de verstrekking van Methadon

De DBC moet er twee zaken bevatten:
– Verrichting Ambulante Methadon: de behandelaar moet het aantal verstrekkingen ambulante Methadon registreren. Dit is één verrichting per maand ongeacht de hoeveelheid Methadon en frequentie van de verstrekkingen.
– De activiteit Farmacotherapie: bij de ambulante verstrekking van Methadon moet de behandelaar de bestede tijd registreren op de activiteit ‘farmacotherapie’.

Zijn niet beide zaken geregistreerd, dan valt de DBC uit in de validatie.

Let op
Klinische verstrekking van Methadon kan niet worden gedeclareerd. De kosten van klinisch verstrekte Methadon zijn versleuteld in het tarief van verblijfsdagen.

3.1.5 Sluiten

Iedereen onder verantwoordelijkheid van de hoofdbehandelaar mag een DBC sluiten.

3.1.5.1 Taken hoofdbehandelaar bij sluiten DBC

Let op
Als de DBC wordt gesloten met sluitreden 5, kan de DBC zonder weergave van een diagnoseclassificatie afgesloten worden.

3.1.5.3 Afsluitredenen voor een DBC

Bij het sluiten van een DBC moet één van de hieronder vermelde redenen voor afsluiten worden geregistreerd.

Tabel 9 Sluitredenen

Sluitredenen	
Code[1]	Beschrijving
1	Reden voor afsluiten bij patiënt / niet bij behandelaar
2	Reden voor afsluiten bij behandelaar / om inhoudelijke redenen
3	In onderling overleg beëindigd zorgtraject / patiënt uitbehandeld
5	Afsluiting na alleen pre-intake / intake / diagnostiek / crisisopvang
9	Afsluiten vanwege openen vervolg-DBC
10	Afsluiten vanwege overgang naar andere bekostiging
19	Afsluiten vanwege overgang naar ZZP-systematiek (binnen de Zvw)

[1] De nummering van de sluitredenen is niet opvolgend. De reden hiervoor is dat de nummering in de codelijsten is aangehouden.

Wanneer moet een DBC afgesloten worden, en met welke sluitreden
- *Sluitreden 1:*
  als de patiënt:
  - is overleden. In dit geval moet de DBC gesloten worden op de dag van overlijden. Het is niet toegestaan om nog patiëntgebonden activiteiten te registreren na de overlijdensdatum;
  - is verhuisd en niet meer bereid is om te reizen voor de behandeling;
  - langdurig niet meer op is komen dagen;
  - 365 dagen geen zorg heeft ontvangen.
- *Sluitreden 2:*
  als de patiënt voor de behandeling van de primaire diagnose wordt terug- of doorverwezen naar een andere instelling/praktijk.
- *Sluitreden 3:*
  als de behandelaar en patiënt in overleg besluiten dat het behandeltraject voor de desbetreffende primaire diagnose is beëindigd.
- *Sluitreden 5:*
  als de patiënt na de pré-intake, intake of diagnostiek niet in zorg terug komt of als de patiënt in crisis raakt en daarna in reguliere behandeling of uit zorg gaat.
- *Sluitreden 9:*
  als de maximale looptijd van 365 dagen is bereikt (ongeacht of de patiënt gedurende die looptijd wel of niet zorg heeft ontvangen). Er dient een vervolg-DBC te worden geopend met één van de volgende zorgtypen:
  - (langdurige periodieke) Controle (201);
  - voortgezette behandeling (202);
  - uitloop (203).

  Let op
  Een uitzondering geldt voor het initiële zorgtype ‘second opinion’ (106). Deze DBC hoeft namelijk niet 365 dagen open te hebben gestaan wanneer een behandeling wordt overgenomen door een behandelaar na het uitvoeren van een second opinion. De initiële DBC met zorgtype ‘second opinion’(106) wordt afgesloten, om te vervolgen met een DBC met één van bovenstaande zorgtypen.
- *Sluitreden 10:*
  als de zorg voor een patiënt over gaat naar een andere vorm van bekostiging. Deze sluitreden wordt gebruikt wanneer de behandeling in de gespecialiseerde ggz stopt vanwege de overgang naar een andere bekostigingsgrondslag (bijvoorbeeld Wlz).
  Daarbij is een *aanvullende voorwaarde* dat er wordt verwacht dat de behandeling niet (op een later tijdstip) wordt voortgezet in de gespecialiseerde ggz. Wordt voortzetting van de behandeling (op een later tijdstip) wel verwacht, dan blijft de DBC openstaan.
  Voorbeeld: wanneer de patiënt overgaat vanuit de gespecialiseerde ggz naar een behandeling binnen de forensische zorg en er wordt verwacht dat de patiënt niet meer terugkomt bij de

gespecialiseerde ggz-zorgaanbieder voor een behandeling, wordt de DBC met deze sluitreden gesloten.
Wanneer de patiënt overgaat vanuit de gespecialiseerde ggz naar een behandeling binnen de forensische zorg, maar het is duidelijk dat de patiënt na het aflopen van de strafrechtelijke titel weer terugkomt in de gespecialiseerde ggz-behandeling bij dezelfde zorgaanbieder, dan mag de DBC niet gesloten worden.

– *Sluitreden 19:*
  Een DBC afsluiten vanwege overgang naar de ZZP-systematiek (binnen de Zvw).
  Dit is het geval na 365 dagen aaneengesloten verblijf. Wanneer de patiënt langer dan 365 dagen aaneengesloten verblijft, dient de DBC gesloten te worden en gaat de zorg voor de patiënt over op bekostiging door middel van ZZP's.

Een zorgtraject sluiten

Het zorgtraject moet gesloten worden wanneer een patiënt 365 dagen niet in zorg is geweest. Het zorgtraject moet dus 365 dagen na sluitingsdatum van de laatste DBC gesloten worden. De reden hiervoor is dat wanneer de patiënt voor dezelfde primaire diagnose terug in zorg komt na een bepaalde periode, er een vervolg-DBC geopend kan worden in het al lopende zorgtraject. Op deze manier wordt alle geboden zorg op één integraal zorgtraject geregistreerd.

3.1.6 Crisis-DBC's

Definitie crisis

Een crisis wordt gedefinieerd als een acute situatie die direct ingrijpen noodzakelijk maakt teneinde direct gevaar voor de persoon of omgeving af te wenden, dan wel om ernstige overlast te beëindigen. De acute situatie kan het gevolg zijn van een geestesstoornis d.w.z. een ernstige stoornis van het oordeelsvermogen, in het bijzonder, een psychotische toestand waarbij het handelen voortkomt uit hallucinaties of waanvoorstellingen, acute dreiging van suïcide of ernstige verwardheid als gevolg van een organische hersenaandoening.

3.1.6.1 Wie mag een crisis-DBC openen?

Alléén *instellingen met een 24-uurs crisisdienst met een regionale functie* mogen een crisis-DBC openen. Deze zorgaanbieders hebben hiervoor speciale afspraken gemaakt met onder andere zorgverzekeraars, gemeenten en politie. De 24-uurs crisiszorg die deze crisisdiensten leveren wordt onder andere gekenmerkt door de niet planbaarheid van zorg. De geleverde crisiszorg heeft als doel de crisissituatie van de patiënt zo spoedig mogelijk te stabiliseren.

Beschikbaarheidscomponent crisiszorg

Deze verrichting/activiteit vergoedt de extra kosten voor de beschikbaarheidsfunctie van de crisis-dienst en de salaristoeslagen voor het werk van behandelaar buiten kantooruren. De beschikbaar-heidscomponent crisiszorg mag maar één maal per 28 dagen worden geregistreerd. Er moeten tussen de openingsdatum van een crisis-DBC en een daarna geopende crisis-DBC minimaal 28 dagen verstreken zijn.

3.1.6.3 Duur van een crisis-DBC

Een crisis-DBC heeft maximaal een duur van 28 dagen en wordt dan afgesloten.

3.1.6.5 Wanneer een crisis-DBC openen

Een hoofdbehandelaar kan bij een crisisinterventie een crisis-DBC openen als er geen openstaande crisis-DBC voor deze patiënt bij dezelfde instelling aanwezig is, en er ook minimaal 28 dagen zijn verstreken sinds het openen van de vorige crisis-DBC. In Figuur 8 zijn de verschillende mogelijkheden gevisualiseerd.

– *Nieuwe patiënt*
  Als een patiënt nieuw is in het kader van crisiszorg, opent een behandelaar altijd een crisis-DBC.
  Let op
  Heeft de patiënt een regulier zorgtraject lopen en komt de patiënt in crisis bij een instelling waar hij nog niet bekend staat als crisispatiënt, dan moet er altijd een crisis-DBC geopend worden.
– *Bekende patiënt*
  In twee situaties wordt een nieuwe crisis-DBC geopend, wanneer de patiënt al bekend is bij de instelling als een crisispatiënt:
  – Wanneer bij een bekende patiënt een crisis-DBC de maximale looptijd van 28 dagen heeft

bereikt, de crisisinterventie nog niet is afgerond, en de behandelaar hiervoor directe en indirecte tijd wil registreren. De openingsdatum van de nieuwe crisis-DBC is dag 29.
– Wanneer een bekende patiënt terug in crisiszorg komt, en er meer dan 28 dagen zijn verstreken sinds het openen van de vorige crisis-DBC.

Let op
Er moet op een crisis-DBC altijd directe tijd worden geregistreerd

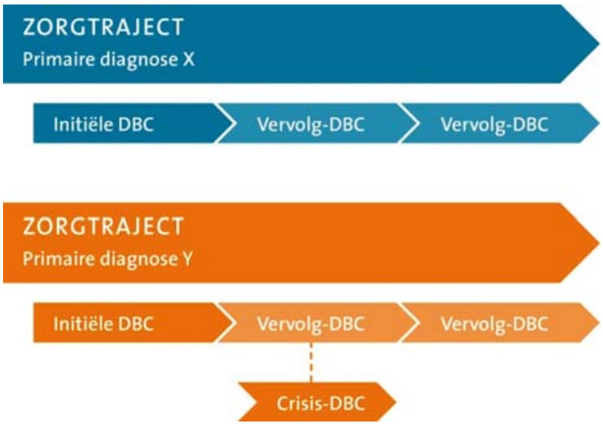


Figuur 8: Situaties waarin een crisis-DBC moet worden geopend

Crisis-DBC met een gelijktijdig openstaand regulier zorgtraject

Er kan sprake zijn van een gelijktijdig openstaand regulier zorgtraject en een openstaande crisis-DBC, zie ook Figuur 9. De diagnose van de crisis-DBC en een gelijktijdig zorgtraject mogen overeenkomen. Als het niet mogelijk is om een diagnose te stellen tijdens de crisisinterventie of de primaire diagnose verschilt van het reguliere zorgtraject is de crisis-DBC niet in het kader van dezelfde zorgvraag.

Let op
Een patiënt kan binnen één instelling naast drie openstaande reguliere zorgtrajecten ook een vierde zorgtraject hebben openstaan, mits het vierde zorgtraject is gestart met een DBC met zorgtype ‘crisisinterventie zonder opname’ of ‘crisisinterventie met opname’.



Figuur 9: Parallelle reguliere zorgtrajecten en crisis

3.1.6.7–3.1.6.10 Typeren van een crisis-DBC

3.1.6.7 Zorgtype

In het geval van een crisisinterventie, heeft een behandelaar de keuze uit twee zorgtypen (zie Tabel 10 Zorgtypen bij een crisis-DBC). Het initiatief voor het contact ligt (vanaf een leeftijd van 16 jaar) bij de patiënt zelf, bij familie of het sociale netwerk, bij de politie, gemeente of brandweer of bij de huisarts. De behandelaar kan slechts één zorgtype selecteren. Als tijdens de looptijd van de DBC blijkt dat het zorgtype niet meer juist is, dan moet het zorgtype gewijzigd worden. Het zorgtype moet bij het sluiten van de DBC wel volledig en juist geregistreerd zijn. Een voorbeeld hiervan is als een crisis-DBC geopend is met het zorgtype ‘Crisisinterventie zonder opname’ en het blijkt dat er toch een opname nodig is om de patiënt te stabiliseren. Het zorgtype kan dan voor het sluiten van de crisis-DBC

gewijzigd worden in zorgtype 'Crisisinterventie met opname'.

Tabel 10 Zorgtypen bij een crisis-DBC

Crisis-DBC	
Code	**Zorgtype**
301	Crisisinterventie zonder opname
302	Crisisinterventie met opname

– *Crisisinterventie zonder opname – 301*
De patiënt komt ambulant voor een crisisinterventie in zorg. De crisisinterventie vindt plaats bij de regionale 24-uurs crisisdienst. Er is geen sprake van opname van de patiënt. Bij een crisisinterventie zonder opname, vinden crisiscontacten plaats ten behoeve van de stabilisatie van de patiënt, zonder dat de patiënt bij de crisisdienst overnacht. DBC's met het zorgtype 'Crisisinterventie zonder opname' hebben maximaal een looptijd van 28 kalenderdagen en kunnen geen verblijfsdagen (met of zonder overnachting) bevatten.
– *Crisisinterventie met opname – 302*
Het gaat hier om een crisisinterventie met een klinische opname. Dit is aan de orde wanneer een patiënt crisiszorg nodig heeft die wordt geboden door een regionale 24-uurs crisisdienst. Een DBC met dit zorgtype bevat crisiscontacten waarbij een patiënt, ten behoeve van de stabilisatie verblijft in de instelling. DBC's met het zorgtype 'Crisisinterventie met opname' hebben maximaal een looptijd van 28 kalenderdagen en de DBC moet minimaal één en mag maximaal 28 verblijfsdagen met overnachtingen bevatten.

Diagnose typeren bij een crisis-DBC

Het is niet verplicht om binnen een DBC met het zorgtype 'Crisisinterventie zonder opname (301)' of 'Crisisinterventie met opname (302)' een diagnose te registreren. Het registreren van een diagnose heeft namelijk geen invloed bij de afleiding naar het crisis-zorgproduct. Kies bij het openen van een eerste crisis-DBC een zo goed mogelijk passende (werk)diagnose. Als de patiënt opnieuw in crisis raakt kan dit, ongeacht de diagnose waarvoor de patiënt in behandeling is, worden geregistreerd binnen hetzelfde zorgtraject.

3.1.6.11–3.1.6.14 Registeren op een crisis-DBC

Aandachtspunten registreren crisis-DBC:
– Bij crisiszorg moet er sprake zijn van direct behandelcontact. Er moet dus altijd directe tijd zijn geregistreerd.
– Op een crisis-DBC mogen alleen crisis-activiteiten geregistreerd worden, en de beschikbaarheidscomponent.
– Zowel de beschikbaarheidscomponent als crisis-activiteiten moeten worden geregistreerd. Als één van beide ontbreekt, valt de DBC bij controle uit.
– Alle behandelaren van wie het beroep op de openingsdatum van de DBC is opgenomen in de DBC-beroepentabel mogen op de DBC crisisactiviteiten registreren.
– Behandelaren moeten bij het registreren gebruik maken van de codes die op de registratiedatum in de activiteiten en verrichtingenlijst staan.
– Als het in het kader van de continuïteit van de zorg noodzakelijk is, kan op dezelfde kalenderdag een activiteit worden geregistreerd op zowel de crisis-DBC als de reguliere DBC.

Beschikbaarheidscomponent voor 24-uurs crisisdienst (buiten kantooruren)

Deze component vergoedt de extra kosten voor de beschikbaarheidsfunctie van de crisisdienst en de salaristoeslagen voor het werk van de behandelaar buiten kantooruren. Het tarief is hetzelfde voor geleverde crisiszorg binnen of buiten kantooruren. De 'Beschikbaarheidscomponent voor 24-uurs crisiszorg' mag maar één keer per crisis-DBC geregistreerd worden.

Uitgevoerde crisisactiviteiten tijdens de crisisdienst

Crisiscontacten worden geregistreerd op basis van tijdschrijven. Een behandelaar mag alleen patiëntgebonden crisiscontacten registreren, die hij daadwerkelijk heeft besteed. De patiëntgebonden activiteiten omvatten die activiteiten die een behandelaar uitvoert in het kader van de crisisinterventie van een specifieke patiënt.
In onderstaande tabel is aangegeven welke activiteiten geregistreerd mogen worden op een crisis-DBC met het zorgtype 'Crisisinterventie zonder opname' en welke activiteiten op 'Crisisinterventie met opname'.

Tabel 11 Te registreren crisisactiviteiten op een crisis-DBC

Crisisinterventie zonder opname (301)	Crisisinterventie met opname (302)
Beschikbaarheidscomponent crisisdienst	**Beschikbaarheidscomponent crisisdienst**
Crisisactiviteiten Crisiscontact binnen kantooruren Crisiscontact buiten kantooruren Intake en screening crisisinterventie Psychiatrisch onderzoek crisisinterventie[1] Farmacotherapie crisisinterventie Steunend en structurerend crisiscontact	Crisisactiviteiten Crisiscontact binnen kantooruren Crisiscontact buiten kantooruren Intake en screening crisisinterventie Psychiatrisch onderzoek crisisinterventie Farmacotherapie crisisinterventie Steunend en structurerend crisiscontact
Algemeen indirecte tijd	Algemeen indirecte tijd
	Verblijfsdagen met overnachting

[1] Hieronder valt ook lichamelijk onderzoek, bedoeld om een somatische oorzaak van de crisis uit te sluiten.

Let op
Op een crisis-DBC met het zorgtype ‘Crisisinterventie zonder opname’ mogen geen verblijfsdagen (met of zonder overnachting) geregistreerd worden.
Is een crisis-DBC geopend met het zorgtype ‘Crisisinterventie zonder opname’ en het blijkt dat er toch een opname nodig is om de patiënt te stabiliseren, dan moet het zorgtype voor het sluiten van de DBC gewijzigd worden.

3.1.6.15 Een crisis-DBC sluiten

Een crisis-DBC heeft een maximale duur van 28 dagen. Deze moet alleen tussentijds afgesloten worden bij overlijden. Het advies is om de crisis-DBC alleen voortijdig te sluiten als dat echt noodzakelijk is.

Een crisis-DBC heropenen

Het is niet nodig om een crisis-DBC af te sluiten voordat de 28 dagen verstreken zijn, met uitzondering bij overlijden van de patiënt. Heropenen is dus ook in de meeste gevallen niet nodig.

Zorgvraagzwaarte

3.4.12 Zorgvraagzwaarte-indicator

De minister heeft op 23 september 2014 besloten tot een tijdelijke opschorting van de verplichting tot aanlevering van zorgvraagzwaarte op de factuur. Deze opschorting geldt tot en met 31 december 2015. Gedurende de periode van de opschorting hebben VWS, NZa, GGZ Nederland, de Landelijke Vereniging van Vereniging voor Vrijgevestigde Psychologen en Psychotherapeuten (NLVVP), de Vereniging voor Psychiatrie (NVvP), het Nederlands Instituut voor Psychologen (NIP), het Landelijk Platform GGZ en Zorgverzekeraars Nederland gewerkt aan een alternatieve wijze van verstrekking van de zorgvraagzwaarte. Dat alternatief moet de verplichting om de zorgvraagzwaarte aan te leveren bij de declaratie vervangen.

Inmiddels is een alternatieve wijze van verstrekking van het gegeven zorgvraagzwaarte ontwikkeld door eerder genoemde partijen. Deze nieuwe wijze van aanlevering is minder belastend voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer van de verzekerde patiënt dan de verplichte vermelding van de zvzi op de ggz-factuur.

De nieuwe wijze van aanlevering bestaat uit een wijze waarbij de zorgaanbieder aan de zorgverzekeraar declareert door tussenkomst van VECOZO B.V., verder aangeduid als ‘digitale declaratie’, en een wijze van aanleveren die niet geschiedt door tussenkomst van VECOZO, verder aangeduid als ‘papieren declaratie’.
Door de digitale wijze van aanlevering via VECOZO – en de daarbij behorende maskering van de zvzi – beschikt de zorgverzekeraar niet over de tot de verzekerde patiënt herleidbare zvzi indien de kosten van gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg bij de zorgverzekeraar in rekening worden gebracht. Ten behoeve van de materiële controle krijgt de verzekeraar van Vektis C.V, verder te noemen Vektis, wel de beschikking over analyses op geaggregeerd niveau waarin de zorgvraagzwaarte indicatoren zijn verwerkt. VECOZO en Vektis treden bij de verwerkingen van de zorgvraagzwaarte indicatoren op als Trusted Third Party (TTP).

De nieuwe wijze van aanlevering is voor advies voorgelegd aan het CBP. Het CBP heeft over zowel de

voorgenomen vormgeving van de aanlevering op 15 september 2015 positief geadviseerd.

De mogelijkheid voor de patiënt en de zorgaanbieder om een privacy verklaring als bedoeld in artikel 3.5.1 te ondertekenen blijft bij de component 'zorgvraagzwaarte' onverkort mogelijk. De zorgvraagzwaarte dient te worden aangeduid met '999'.

Ook bij persoonlijkheidsstoornissen moet de zvzi worden aangeleverd. Dit aangezien er in het tweede rapport over zorgvraagzwaarte geen uitzondering meer wordt gemaakt voor de aanlevering van de zvzi bij persoonlijkheidsstoornissen.

In de Regeling aanlevering zorgvraagzwaarte cGGZ en de toelichting daarop is het proces vastgelegd en nader toegelicht.

De brongegevens die nodig zijn voor het onderbouwen en afleiden van de zorgvraagzwaarte-indicator moeten op grond van de regelgeving van de NZa herleidbaar naar de desbetreffende patiënt worden geregistreerd in de administratie van de betreffende zorgaanbieder. Dit maakt het mogelijk de zorgvraagzwaarte na de opschorting alsnog aan te leveren over de jaren 2014 en 2015. Voor de jaren 2014 en 2014 zal de NZa nog bepalen of en hoe de zorgvraagzwaarte-gegevens van de in 2014 en 2015 geopende DBC's aangeleverd moeten worden bij de zorgverzekeraars.

Privacy

3.5 Uitzondering in geval van privacybezwaren

Naar aanleiding van een uitspraak[19] van het College van Beroep voor het bedrijfsleven d.d. 8 maart 2012 is besloten een ontheffingsmogelijkheid te creëren van de algemeen geldende verplichting om diagnose-informatie, dan wel tot de diagnose te herleiden informatie, op de DBC-factuur te vermelden. Hieraan is uitvoering gegeven middels een afzonderlijke uitzonderingsbepaling (artikel 3.5 van de regeling).

De ontheffingsmogelijkheid is vormgegeven door middel van een verklaring die door zowel zorgaanbieder als patiënt dient te worden ondertekend. De zorgaanbieder dient deze aan de zorgverzekeraar te sturen en een kopie van de verklaring in zijn administratie te bewaren.
Het is overigens ook mogelijk dat de zorgaanbieder de verklaring in het bezit stelt van zijn patiënt en de patiënt vervolgens zelf, uiterlijk op het moment van indiening van de betreffende nota, de verklaring bij zijn zorgverzekeraar indient.

De noodzaak tot ondertekening van de verklaring door de patiënt vloeit voort uit de kenbaarheid (o.a. voor de zorgverzekeraar) van zijn wens om geen diagnose-informatie, of tot de diagnose herleidbare informatie, op de factuur te willen hebben staan. Hij geeft op deze manier aan gebruik te willen maken van de uitzonderingsbepaling van deze regeling.

De reden dat ook de zorgaanbieder de verklaring moet ondertekenen, is gelegen in het feit dat verplichting tot vermelding van de prestatiecode (diagnose-informatie) op de factuur, alsmede alle overige verplichtingen die uit de deze regeling voortvloeien, gericht zijn aan de zorgaanbieder en niet aan de zorgvrager (patiënt). De reikwijdte (zie ook artikel 1.1) van de regeling, inclusief de uitzonderingsbepaling, beperkt zich kortom tot zorgaanbieders. Door het ondertekenen van de verklaring geeft de zorgaanbieder te kennen dat hij van de uitzonderingsbepaling van de regeling gebruik wenst te maken.

Met artikel 3.5.4 faciliteert de NZa dat de zorgaanbieder een (van het maximumtarief) afwijkend tarief in rekening kan brengen, zodanig dat dit niet herleidbaar is naar de diagnose. Zorgaanbieder en zorgverzekeraar kunnen in onderling overleg afspreken op welke wijze dit wordt vormgegeven. De NZa schrijft niet voor hoe zo'n alternatieve betalingsprocedure er precies uit moet zien, aangezien er diverse varianten en subvarianten denkbaar zijn, die in de praktijk voor de ene zorgverzekeraar en/of zorgaanbieder wel en voor de andere zorgverzekeraar en/of zorgaanbieder juist weer niet voldoet. Wel schrijft de NZa voor dat de zorgverzekeraar binnen redelijke grenzen is gehouden om medewerking te verlenen aan de wens van een zorgaanbieder om tot een alternatieve betalingsprocedure te komen. Ook de uitspraak van het College van Beroep voor het bedrijfsleven geeft een aantal niet volledig uitgewerkte oplossingsrichtingen weer, die aanknopingspunten kunnen bieden om tot een dergelijke declaratie- en betalingsprocedure te komen.

[19] Uitspraak van het CBb d.d. 8 maart 2012 AWB 11/317, 11/358 en 11/372.

BIJLAGE 2: HOOFDBEHANDELAAR

Definitie hoofdbehandelaar

Zorgverlener die, in reactie op de zorgvraag van een patiënt, bij de patiënt de diagnose stelt en door wie of onder wiens verantwoordelijkheid de behandeling plaatsvindt. Dit houdt in dat de hoofdbehandelaar verantwoordelijk is voor alle acties die in het kader van de behandeling van een patiënt gedurende het gehele DBC-traject (openen / typeren / registreren / sluiten) plaatsvinden. Die verantwoordelijkheid kan zich dus ook uitstrekken tot gedragingen van andere zorgverleners.

Verantwoordelijkheden hoofdbehandelaar bij DBC-traject

De hoofdbehandelaar is eindverantwoordelijk voor de juistheid van het gehele DBC-traject. Dit is vooral voor de controle (ook door verzekeraar) belangrijk. Het is mogelijk dat er opvolgend meerdere hoofdbehandelaars zijn. In dat geval zijn zij elk verantwoordelijk voor de periode waarin zij hoofdbehandelaar zijn.

Beroepen die hoofdbehandelaar kunnen zijn

Alleen de volgende zorgverleners kunnen een hoofdbehandelaar zijn: psychiater, klinisch psycholoog, klinisch neuropsycholoog, psychotherapeut, specialist ouderengeneeskunde, verslavingsarts in profielregister KNMG, klinisch geriater, verpleegkundig specialist GGZ en GZ-psycholoog.

Op verzoek van het ministerie van VWS heeft de NZa de volgende verantwoordelijkheden van de hoofdbehandelaar opgenomen:

a. De hoofdbehandelaar is verantwoordelijk voor het vaststellen van de diagnose waarbij de patiënt ook daadwerkelijk is (mede) beoordeeld door de hoofdbehandelaar via direct contact met patiënt. Het is hierbij mogelijk dat delen van het intake/diagnostische proces door anderen dan de hoofdbehandelaar worden verricht.
b. De hoofdbehandelaar stelt in overleg met de patiënt het behandelplan – gericht op verantwoorde behandeling (naar de stand van de wetenschap, richtlijnconform) – vast.
c. De hoofdbehandelaar weet zich overtuigd van de bevoegdheid en bekwaamheid van de medebehandelaars in relatie tot de zelfstandige uitvoering van het deel van de behandeling waarvoor zij verantwoordelijk zijn.
d. De hoofdbehandelaar ziet er op toe dat de dossiervoering voldoet aan de gestelde eisen. Medebehandelaars hebben een eigen verantwoordelijkheid in de adequate dossiervoering.
e. De hoofdbehandelaar laat zich informeren door medebehandelaars en andere bij de behandeling betrokken professionals, zo tijdig en voldoende als noodzakelijk is voor een verantwoorde behandeling van de patiënt. De hoofdbehandelaar toetst of de activiteiten van de anderen bijdragen aan de behandeling van de patiënt en passen binnen het door de hoofdbehandelaar vastgestelde behandelplan.
f. De hoofdbehandelaar en medebehandelaars treffen elkaar in persoonlijk contact en in teamverband met de daartoe noodzakelijke frequentie (ook telefonisch en via beeldbellen), op geleide van de problematiek/vraagstelling van de patiënt.
g. De hoofdbehandelaar draagt zorg voor goede communicatie met de patiënt en diens naasten (indien van toepassing en indien toestemming hiervoor is verkregen) over het beloop van de behandeling in relatie tot het behandelplan.
h. De hoofdbehandelaar heeft inzicht in de voortgang van de behandeling, hij evalueert met de patiënt en stel indien nodig het behandelplan bij. De hoofdbehandelaar toetst tussentijds en aan het eind van de behandeling of en in welke mate de concreet omschreven behandeldoelen zijn bereikt. De hoofdbehandelaar autoriseert de beëindiging van de behandeling conform deze regeling.

Multidisciplinaire context

In de brief van 15 juli 2013 (kenmerk 130562-106549) staat dat de Minister van VWS de multidisciplinaire context toevoegt aan haar besluit over het hoofdbehandelaarschap. Met de bepaling over de multidisciplinaire context wordt bedoeld dat het hoofdbehandelaarschap wordt uitgevoerd door een professional uit de medische, psychologische of verpleegkundige discipline mits beschikkende over een BIG-registratie en werkend in een multidisciplinaire context waarbinnen één van de beroepsgroepen die hoofdbehandelaar mogen zijn in de gespecialiseerde GGZ, direct beschikbaar is.

Algemene leveringsvoorwaarden ggz en hoofdbehandelaarschap

De hoofdbehandelaar volgt bij al deze stappen de afspraken zoals die zijn vastgelegd in de door LPGGZ, NPCF, Consumentenbond en GGZ Nederland overeengekomen algemene leveringsvoorwaar-

den ggz (http://www.ggznederland.nl/themas/kwaliteit-en-veiligheid).

Voor aanbieders die deze leveringsvoorwaarden niet hanteren geldt dat de hoofdbehandelaar er zorg voor dient te dragen:

1. dat de cliënt kennis heeft genomen van de gestelde diagnose en dat deze nader is toegelicht;
2. dat de cliënt geïnformeerd wordt over de behandelmogelijkheden;
3. dat het behandelplan in overleg met de cliënt is opgesteld en dat de cliënt met het behandelplan instemt (informed consent);
4. dat de cliënt de beschikking krijgt over behandelvoortgangsinformatie (o.a. ROM-uitkomsten);
5. dat de voortgang van de behandeling periodiek wordt geëvalueerd met de cliënt en het behandelplan eventueel wordt bijgesteld op basis van gelijkwaardigheid (shared decision making);
6. dat de familie/naastbetrokkenen geïnformeerd worden bij vaststelling behandelplan en het verloop van de behandeling (na toestemming van de cliënt);
7. dat de klachten samen met de cliënt zijn geïnventariseerd en geanalyseerd.

BIJLAGE 3: ZORGTYPEN

Initiële DBC	
Code	**Zorgtype**
101	Reguliere zorg
106	Second opinion-DBC
107	Zorg op basis van een tertiaire verwijzing
108	Langdurig periodieke controle (bij overname)
109	Bemoeizorg
110	Rechterlijke machtiging (RM)
111	Inbewaringstelling (IBS)
116	Rechterlijke machtiging met voorwaarden
147	Overgang vanuit de Jeugdwet

Reguliere zorg – 101

Het zorgtype reguliere zorg wordt gebruikt voor patiënten met een nieuwe zorgvraag die vanuit de eerste lijn, door bijvoorbeeld de huisarts of een collega-specialist, zijn doorverwezen.

Second opinion – 106

Een ‘second opinion’ is de herbeoordeling van een zorgvraag en het bijbehorend advies van een andere zorgaanbieder. Er is doorgaans sprake van een beperkt aantal contacten en er is géén sprake van een overname van de behandeling. Als de DBC het zorgtype ‘Second opinion’ (106) heeft, moet de behandelaar minimaal één diagnostische activiteit registreren. Een DBC met dit zorgtype mag daarnaast niet meer dan 250 minuten directe tijd bevatten.

Zorg op basis van tertiaire verwijzing – 107

Het betreft een patiënt met een nieuwe zorgvraag, die wordt gezien op basis van een erkende doorverwijzing door een andere zorgaanbieder omdat daar de benodigde expertise, kennis, ervaring en/of behandelfaciliteiten voor die zorgvraag niet aanwezig zijn.

Langdurig periodieke controle (bij overname) – 108

Er is sprake van een meerjarig zorgtraject waarbij de patiënt tenminste eenmaal per jaar ter controle wordt gezien nadat de initiële behandelingsfase is afgerond. Dit zorgtype kan alleen bij een initiële DBC worden geregistreerd wanneer de patiënt wordt overgenomen vanuit een andere zorginstelling/organisatie en waarbij er sprake is van een langdurig periodieke controle.

Bemoeizorg – 109

Dit zorgtype wordt geregistreerd als bemoeizorg de aanleiding is voor het starten van de DBC in de gespecialiseerde GGZ. Er is geen sprake van een juridische maatregel ten aanzien van de zorg. Activiteiten die gerekend kunnen worden tot bemoeizorg (voortraject; aanleiding van zorg; nog geen zorgvraag en zorgvrager) behoren niet tot de geneeskundige GGZ en vallen daarmee niet onder de DBC-systematiek.

Rechterlijke machtiging (RM) – 110

Bij het zorgtype RM is er sprake van gedwongen opname in een psychiatrisch ziekenhuis in het kader van de wet Bijzondere Opname Psychiatrische in Ziekenhuizen (Bopz). DBC’s met zorgtype RM moeten verblijfsdagen met overnachting bevatten en een activiteit uitgevoerd door een beroep uit het beroepencluster ‘medische beroepen’. Niet alle gevallen van rechterlijke machtiging vallen onder de Zvw/DBC-systematiek voor de GGZ. Een rechterlijke machtiging die wordt afgegeven voor iemand in detentie die tijdelijk moet worden opgenomen in een GGZ-instelling, valt onder het strafrecht en daarmee onder de systematiek voor forensische zorg in strafrechtelijk kader (DBBC-systematiek).

Inbewaringstelling (IBS) – 111

Bij het zorgtype IBS is er sprake van een gedwongen spoedopname in een psychiatrisch ziekenhuis in het kader van de wet Bopz. DBC’s met zorgtype IBS moeten verblijfsdagen met overnachting bevatten en een activiteit geregistreerd door een beroep uit de beroepencluster ‘medische beroepen’. Er mogen geen activiteiten worden geregistreerd door het instellingstype ‘Zelfstandig gevestigde praktijken’.

Rechterlijke machtiging met voorwaarden – 116

Dit zorgtype is een variant op het zorgtype RM waarbij de patiënt een gedwongen opname kan voorkomen als deze zich aan de door de rechter gestelde voorwaarden houdt. DBC's met zorgtype RM met voorwaarden hebben activiteiten geregistreerd door een beroep uit het beroepencluster 'medische beroepen'.

Vervolg-DBC	
Code	**Zorgtype**
201	(Langdurig periodieke) controle
202	Voortgezette behandeling
203	Uitloop
204	Exacerbatie/recidive
205	Bemoeizorg
206	Rechterlijke machtiging (RM)
211	Rechterlijke machtiging met voorwaarden

(Langdurig periodieke) controle – 201

Registreer dit vervolg zorgtype als de patiënt ten minste eenmaal per jaar ter controle wordt gezien nadat de initiële behandelingsfase is afgerond. Bij dit zorgtype geldt dat de openingsdatum aansluit op de afsluitdatum van de voorgaande DBC.

Voortgezette behandeling – 202

Kies voor het vervolg zorgtype voortgezette behandeling als een behandeling voor een bepaalde diagnose langer dan 365 dagen duurt. Bij dit zorgtype geldt dat de openingsdatum aansluit op de afsluitdatum van de voorgaande DBC.

Uitloop – 203

Dit vervolg zorgtype wordt geregistreerd als een behandeling door omstandigheden (bijvoorbeeld wachtlijsten) langer duurt dan 365 dagen. In feite zou de behandeling binnen 365 dagen na openen van de DBC afgerond kunnen worden. Door omstandigheden die niet door de behandeling zelf worden veroorzaakt, wordt deze periode echter overschreden. Bij dit zorgtype geldt dat de openingsdatum aansluit op de afsluitdatum van de voorgaande DBC.

Exacerbatie/recidive – 204

Het vervolg zorgtype exacerbatie/recidive mag worden geregistreerd als de patiënt binnen 365 dagen na sluiten van de DBC voor dezelfde primaire diagnose weer in behandeling komt bij dezelfde zorgaanbieder. Bij het openen van een vervolg-DBC met dit zorgtype gaat het niet om het voorzetten van de vorige DBC, maar om een terugval.

Bemoeizorg – 205

Dit vervolg zorgtype wordt geregistreerd als bemoeizorg de aanleiding is voor het starten van de DBC in de gespecialiseerde GGZ. Er is geen sprake van een juridische maatregel ten aanzien van de zorg. Activiteiten die gerekend kunnen worden tot bemoeizorg (voortraject; toeleiding naar zorg; nog geen zorgvraag en zorgvrager) behoren niet tot de geneeskundige GGZ en vallen daarmee niet onder de DBC-systematiek.

Rechterlijke machtiging (RM) – 206

Bij het vervolg zorgtype RM is er sprake van gedwongen opname in een psychiatrisch ziekenhuis in het kader van de wet Bijzondere Opname Psychiatrische Ziekenhuizen (Bopz). DBC's met zorgtype RM moeten verblijfsdagen met overnachting bevatten en een activiteit geregistreerd door een beroep uit het beroepencluster 'medische beroepen'. Niet alle gevallen van rechterlijke machtiging vallen onder de Zvw/DBC GGZ-systematiek. Een rechterlijke machtiging die wordt afgegeven voor iemand in detentie die tijdelijk moet worden opgenomen in een GGZ-instelling, valt onder het strafrecht en daarmee onder de systematiek voor forensische zorg in strafrechtelijk kader (DBBC-systematiek).

Rechterlijke machtiging met voorwaarden – 211

Dit vervolg zorgtype is een variant op het zorgtype RM waarbij de patiënt een gedwongen opname kan

voorkomen als deze zich aan de door de rechter gestelde voorwaarden houdt. DBC's met zorgtype RM met voorwaarden hebben activiteiten geregistreerd door een beroep uit het beroepencluster 'medische beroepen'.

Crisis-DBC	
Code	**Zorgtype**
301	Crisisinterventie zonder opname
302	Crisisinterventie met opname

Crisisinterventie zonder opname – 301

De patiënt komt ambulant voor een crisisinterventie in zorg. De crisisinterventie vindt plaats bij de regionale 24-uurs crisisdienst. Het initiatief voor het contact ligt (vanaf een leeftijd van 16 jaar) bij de patiënt zelf, bij familie of het sociale netwerk, bij de politie, bij de gemeente of brandweer of bij de huisarts. Er is geen sprake van opname van de patiënt. Bij een crisisinterventie zonder opname, vinden crisiscontacten plaats ten behoeve van de stabilisatie van de patiënt, zonder dat de patiënt bij de crisisdienst overnacht. Als een patiënt uit crisiszorg gaat of overgaat naar een reguliere behandeling, moet de DBC met dit zorgtype gesloten worden. DBC's met het zorgtype 'Crisisinterventie zonder opname' hebben een looptijd van maximaal 28 kalenderdagen en kunnen geen verblijfsdagen (met of zonder overnachting) bevatten.

Crisisinterventie met opname – 302

Het gaat hier om een crisisinterventie met een klinische opname en is aan de orde wanneer een patiënt crisiszorg nodig heeft die wordt geboden door een regionale 24-uurs crisisdienst. Een DBC met dit zorgtype zijn crisiscontacten waarbij een patiënt, ten behoeve van de stabilisatie van de patiënt, verblijft binnen de instelling. Als een patiënt uit crisiszorg gaat of overgaat naar een reguliere behandeling, moet de DBC met dit zorgtype gesloten worden. DBC's met het zorgtype 'Crisisinterventie met opname' hebben een looptijd van maximaal 28 kalenderdagen en de DBC dient minimaal 1 en maximaal 27 verblijfsdagen met overnachtingen te bevatten.

BIJLAGE 4: ACTIVITEITEN EN VERRICHTINGEN

Codelijst en omschrijvingen

Deze bijlage bevat achtereenvolgens de codelijst met alle te registreren activiteiten en verrichtingen, en de meer uitgebreide definitie daarvan.

Activiteit		Soort	Selecteerbaar	Mag direct	Mag indirect	Mag reistijd	Mag groep?
1. Pré-intake		**Tijdschrijven**	**Ja**	**Nee**	**Ja**	**Nee**	**Ja**
2. Diagnostiek		**Tijdschrijven**	**Nee**				
2.1	*Intake & screening*	*Tijdschrijven*	*Ja*	*Ja*	*Ja*	*Ja*	*Ja*
2.2	*Verwerven informatie van eerdere behandelaars*	*Tijdschrijven*	*Ja*	*Ja*	*Ja*	*Ja*	*Ja*
2.3	*Anamnese / vragenlijsten*	*Tijdschrijven*	*Ja*	*Ja*	*Ja*	*Ja*	*Ja*
2.4	*Hetero-anamnese*	*Tijdschrijven*	*Ja*	*Ja*	*Ja*	*Ja*	*Ja*
2.5	*Psychiatrisch onderzoek*	*Tijdschrijven*	*Ja*	*Ja*	*Ja*	*Ja*	*Ja*
2.6	*Psychodiagnostisch onderzoek*	*Tijdschrijven*	*Nee*	*Nee*	*Nee*	*Nee*	*Nee*
2.6.1	Intelligentie	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
2.6.2	Neuropsychologisch	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
2.6.3	Persoonlijkheid	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
2.7	*Orthodidactisch onderzoek*	*Tijdschrijven*	*Ja*	*Ja*	*Ja*	*Ja*	*Ja*
2.8	*Vaktherapeutisch onderzoek*	*Tijdschrijven*	*Ja*	*Ja*	*Ja*	*Ja*	*Ja*
2.9	*Contextueel onderzoek (gezin, school, etc.)*	*Tijdschrijven*	*Ja*	*Ja*	*Ja*	*Ja*	*Ja*
2.10	*Lichamelijk onderzoek*	*Tijdschrijven*	*Ja*	*Ja*	*Ja*	*Ja*	*Ja*
2.11	*Aanvullend onderzoek: lab, rad, klin.neur.)*	*Tijdschrijven*	*Ja*	*Ja*	*Ja*	*Ja*	*Ja*
2.12	*Advisering*	*Tijdschrijven*	*Ja*	*Ja*	*Ja*	*Ja*	*Ja*
2.13	*Overige diagnostische activiteiten*	*Tijdschrijven*	*Ja*	*Ja*	*Ja*	*Ja*	*Ja*
3. Behandeling		**Tijdschrijven**	**Nee**				
3.1	*Communicatief behandelcontact*	*Tijdschrijven*	*Nee*				
3.1.1	Follow up behandelcontact	Tijdschrijven	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
3.1.1.1	Patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.1.1	Patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.1.2	Patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.1.1.4	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.1.5	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.1.1.6	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.1.7	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.1.2	Steunend en structurerend behandelcontact	Tijdschrijven	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
3.1.2.1	Patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.2.2	Patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.1.2.4	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.2.5	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.1.2.6	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.2.7	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.1.3	Psychotherapie	Tijdschrijven	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
3.1.3.1	Psychoanalyse	Tijdschrijven	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
3.1.3.1.1	Patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.3.1.4	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.3.1.6	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.3.2	Psychodynamische psychotherapie	Tijdschrijven	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
3.1.3.2.1	Patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.3.2.2	Patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.1.3.2.4	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.3.2.5	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.1.3.2.6	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.3.2.7	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.1.3.3	Gedragstherapie	Tijdschrijven	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
3.1.3.3.1	Patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.3.3.2	Patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja

Activiteit		Soort	Selecteerbaar	Mag direct	Mag indirect	Mag reistijd	Mag groep?
3.1.3.3.4	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt individu	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.3.3.5	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.1.3.3.6	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.3.3.7	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.1.3.4	*Cognitieve gedragstherapie*	Tijdschrijven	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
3.1.3.4.1	Patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.3.4.2	Patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.1.3.4.4	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt individu	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.3.4.5	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.1.3.4.6	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.3.4.7	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.1.3.5	*Interpersoonlijke therapie*	Tijdschrijven	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
3.1.3.5.1	Patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.3.5.2	Patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.1.3.5.4	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt individu	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.3.5.5	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.1.3.5.6	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.3.5.7	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.1.3.6	*Patiëntgerichte therapie*	Tijdschrijven	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
3.1.3.6.1	Patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.3.6.2	Patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.1.3.6.4	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt individu	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.3.6.5	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.1.3.6.6	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.3.6.7	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.1.3.7	*Systeemtherapie*	Tijdschrijven	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
3.1.3.7.1	Patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.3.7.2	Patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.1.3.7.4	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt individu	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.3.7.5	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.1.3.7.6	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.3.7.7	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.1.3.8	*Overig psychotherapie*	Tijdschrijven	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
3.1.3.8.1	Patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.3.8.2	Patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.1.3.8.4	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt individu	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.3.8.5	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.1.3.8.6	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.3.8.7	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.1.4	Overige (communicatieve) behandeling	Tijdschrijven	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
3.1.4.1	Patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.4.2	Patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.1.4.4	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt individu	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.4.5	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.1.4.6	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.4.7	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.2	Farmacotherapie	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.3	Fysische therapie	Tijdschrijven	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
3.3.1	Electroconvulsietherapie	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.3.2	Lichttherapie	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.3.3	Transcraniële magnetische stimulatie	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.3.4	Overig behandeling fysische technieken	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.3.5	Deep brain stimulation	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.3.6	Neurofeedback	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.4	Vaktherapie	Tijdschrijven	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee

Activiteit		Soort	Selecteerbaar	Mag direct	Mag indirect	Mag reistijd	Mag groep?
3.4.1	Creatieve therapie (drama, beeldend, muziek, dans, etc)	Tijdschrijven	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
3.4.1.1	Patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.4.1.2	Patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.4.1.4	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt individu	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.4.1.5	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.4.1.6	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.4.1.7	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.4.2	Psychomotorische therapie (beweging, expressie)	Tijdschrijven	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
3.4.2.1	Patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.4.2.2	Patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.4.2.4	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt individu	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.4.2.5	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.4.2.6	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.4.2.7	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.4.3	Vaktherapie overig	Tijdschrijven	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
3.4.3.1	Patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.4.3.2	Patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.4.3.4	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt individu	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.4.3.5	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.4.3.6	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.4.3.7	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.5	*Fysiotherapie*	*Tijdschrijven*	*Nee*	*Nee*	*Nee*	*Nee*	*Nee*
3.5.1	Patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.5.2	Patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.5.6	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.5.7	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.6	*Ergotherapie*	*Tijdschrijven*	*Nee*	*Nee*	*Nee*	*Nee*	*Nee*
3.6.1	Patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.6.2	Patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.6.6	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.6.7	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
4. Begeleiding		**Tijdschrijven**	**Nee**				
4.1	*Activerend begeleidingscontact*	*Tijdschrijven*	*Nee*	*Nee*	*Nee*	*Nee*	*Nee*
4.1.1	Patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
4.1.2	Patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
4.1.4	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt individu	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
4.1.5	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
4.1.6	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
4.1.7	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
4.2	*Ondersteunend begeleidingscontact*	*Tijdschrijven*	*Nee*	*Nee*	*Nee*	*Nee*	*Nee*
4.2.1	Patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
4.2.2	Patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
4.2.4	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt individu	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
4.2.5	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
4.2.6	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
4.2.7	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
5. Verpleging		**Tijdschrijven**	**Nee**				
5.1	*Verpleging*	*Tijdschrijven*	*Ja*	*Ja*	*Ja*	*Ja*	*Ja*
6. Crisis		**Tijdschrijven**	**Nee**				
6.1	*Crisiscontact binnen kantooruren*	*Tijdschrijven*	*Ja*	*Ja*	*Ja*	*Ja*	*Ja*
6.2	*Crisiscontact buiten kantooruren*	*Tijdschrijven*	*Ja*	*Ja*	*Ja*	*Ja*	*Ja*
6.3	*Intake en screening crisisinterventie*	*Tijdschrijven*	*Ja*	*Ja*	*Ja*	*Ja*	*Ja*
6.4	*Psychiatrisch onderzoek crisisinterventie*	*Tijdschrijven*	*Ja*	*Ja*	*Ja*	*Ja*	*Ja*
6.5	*Farmacotherapie crisisinterventie*	*Tijdschrijven*	*Ja*	*Ja*	*Ja*	*Ja*	*Ja*
6.6	*Steunend en structurerend crisiscontact*	*Tijdschrijven*	*Ja*	*Ja*	*Ja*	*Ja*	*Ja*

Activiteit		Soort	Selecteerbaar	Mag direct	Mag indirect	Mag reistijd	Mag groep?
7. Algemeen indirecte tijd		**Tijdschrijven**	**Nee**				
7.1	*Zorgcoördinatie*	*Tijdschrijven*	*Ja*	*Nee*	*Ja*	*Nee*	*Ja*
7.2	*No show*	*Tijdschrijven*	*Ja*	*Nee*	*Nee*	*Ja*	*Nee*
7.3	*Interne patiëntbespreking (MDO)*	*Tijdschrijven*	*Ja*	*Nee*	*Ja*	*Nee*	*Ja*
7.4	*Extern overleg met derden (buiten de instelling)*	*Tijdschrijven*	*Ja*	*Nee*	*Ja*	*Nee*	*Ja*
7.5	*Verslaglegging algemeen (bijv. correspondentie, brief)*	*Tijdschrijven*	*Ja*	*Nee*	*Ja*	*Nee*	*Ja*
7.6	*Activiteiten i.v.m. juridische procedures (bijv. IBS, Bopz)*	*Tijdschrijven*	*Ja*	*Nee*	*Ja*	*Nee*	*Ja*
7.7	*Regelen tolken*	*Tijdschrijven*	*Ja*	*Nee*	*Ja*	*Nee*	*Ja*
8. Verblijfsdag met overnachting (24-uurs verblijf)		**Verblijfsdag**	**Nee**				
8.8	*Verblijf met overnachting (24-uurs verblijf)*	*Verblijfsdag*	*Nee*	*Nee*	*Nee*	*Nee*	*Nee*
8.8.01	Deelprestatie verblijf A (Lichte verzorgingsgraad)	Verblijfsdag	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
8.8.02	Deelprestatie verblijf B (Beperkte verzorgingsgraad)	Verblijfsdag	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
8.8.03	Deelprestatie verblijf C (Matige verzorgingsgraad)	Verblijfsdag	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
8.8.04	Deelprestatie verblijf D (Gemiddelde verzorgingsgraad)	Verblijfsdag	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
8.8.05	Deelprestatie verblijf E (Intensieve verzorgingsgraad)	Verblijfsdag	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
8.8.06	Deelprestatie verblijf F (Extra intensieve verzorgingsgraad)	Verblijfsdag	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
8.8.0.7	Deelprestatie verblijf G (zeer intensieve verzorgingsgraad)	Verblijfsdag	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
8.9	*Verblijf zonder overnachting*	*Verblijfsdag*	*Nee*	*Nee*	*Nee*	*Nee*	*Nee*
8.9.01	Deelprestatie verblijf zonder overnachting	Verblijfsdag	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
9. Dagbesteding		**Dagbesteding**	**Nee**				
9.1	*Dagbesteding sociaal (ontmoeting)*	*Dagbesteding*	*Ja*	*Nee*	*Nee*	*Nee*	*Nee*
9.2	*Dagbesteding activering (dagactiviteiten)*	*Dagbesteding*	*Ja*	*Nee*	*Nee*	*Nee*	*Nee*
9.3	*Dagbesteding educatie*	*Dagbesteding*	*Ja*	*Nee*	*Nee*	*Nee*	*Nee*
9.4	*Dagbesteding arbeidsmatig*	*Dagbesteding*	*Ja*	*Nee*	*Nee*	*Nee*	*Nee*
9.5	*Dagbesteding overig*	*Dagbesteding*	*Ja*	*Nee*	*Nee*	*Nee*	*Nee*
10. Verrichting		**Verrichting**	**Nee**				
10.1	*Electroconvulsietherapie*	*Verrichting*	*Ja*	*Nee*	*Nee*	*Nee*	*Nee*
10.2	*Ambulante methadon (medicijn, registratie per maand)*	*Verrichting*	*Ja*	*Nee*	*Nee*	*Nee*	*Nee*
10.3	*Beschikbaarheidcomponent 24-uurs crisiszorg*	*Verrichting*	*Ja*	*Nee*	*Nee*	*Nee*	*Nee*

CRISISACTIVEITEN TIJDENS DE CRISISDIENST

Crisisinterventie zonder opname (301	Crisisinterventie met opname (302)
DC:0-3	**Diagnosetabel**
Beschikbaarheidcomponent crisisdienst	Beschikbaarheidcomponent crisisdienst
Crisisactiviteiten – Crisiscontact binnen kantooruren – Crisiscontact buiten kantooruren – Intake en screening crisisinterventie – Psychiatrisch onderzoek crisisinterventie – Farmacotherapie crisisinterventie – Steunend en structurerend crisiscontact	Crisisactiviteiten – Crisiscontact binnen kantooruren – Crisiscontact buiten kantooruren – Intake en screening crisisinterventie – Psychiatrisch onderzoek crisisinterventie – Farmacotherapie crisisinterventie – Steunend en structurerend crisiscontact
Algemeen indirecte tijd	Algemeen indirecte tijd
	Verblijfsdagen met overnachting

Definities van activiteiten en verrichtingen

Diagnostiek en behandeling en behandeling

1. Pré-intake

Op deze activiteit wordt de *indirect patiëntgebonden tijdsbesteding* geschreven die wordt besteed aan patiënten voorafgaand aan de intake. Het is mogelijk dat een DBC met alleen pré-intake niet leidt tot een vervolgtraject en dus niet verder getypeerd zal worden. De DBC kan dan worden afgesloten met reden van sluiten pré-intake, intake of diagnostiek. Voorbeelden zijn: een patiënt proberen te bereiken voor een eerste afspraak, overleg met de verwijzer over de geschiktheid voor verwijzing van een potentiële patiënt. Onder pré-intake mogen geen activiteiten in het kader van openbare ggz of preventie worden geschreven. Op pré-intake kan alleen indirect patiëntgebonden tijd worden

geregistreerd. Omdat er altijd directe tijd in een DBC geregistreerd moet zijn, is het niet mogelijk een DBC te hebben met alleen pre-intake.

2. Diagnostiek

Dit onderdeel omvat alle activiteiten gericht op verduidelijking van de klachten en van de zorgvraag. Onder diagnostiek onderscheiden we de volgende activiteiten:

– Intake/screening: alle (gespreks)activiteiten gericht op verduidelijking van de klachten en van de zorgvraag.
– Verwerven informatie van eerdere behandelaars.
– Anamnese: het verzamelen van alle noodzakelijke diagnostische informatie bij de patiënt middels gesprekken en vragenlijsten.
– Hetero-anamnese: het verzamelen van alle noodzakelijke diagnostische informatie bij de partner, familie of andere relaties van de patiënt middels gesprekken en vragenlijsten.
– Psychiatrisch onderzoek.
– Psychodiagnostisch onderzoek (intelligentie, neuropsychologisch, persoonlijkheid).
– Orthodidactisch onderzoek.
– Vaktherapeutisch onderzoek.
– Contextueel onderzoek (gezin, school, et cetera): inschatten van de invloed/beperkingen/mogelijkheden van gezin, school of andere voor het kind/de jeugdige betekenisvolle milieus.
– Lichamelijk onderzoek.
– Aanvullend onderzoek (laboratorium, radiologie, klinische neurofysiologie, nucleaire geneeskunde). De behandelaar registreert de patiëntgebonden tijd die hij besteedt aan het aanvragen en (laten) uitvoeren van aanvullend onderzoek.
– Advisering: diagnostische bevindingen en beleidsadvies bespreken met betrokkenen en in gezamenlijkheid bepalen van het verdere beleid.
– Overige diagnostische activiteiten.

Op deze activiteiten wordt alle daarmee samenhangende direct en indirect patiëntgebonden tijd geschreven.

3. Behandeling

– Communicatieve behandeling: hieronder wordt iedere vorm van behandeling verstaan waarbij communicatie op zichzelf het belangrijkste instrument is om tot vermindering van klachten of symptomen te komen. Het begrip omvat wat vroeger ook wel ‘gespreksbehandeling’ werd genoemd, maar biedt tevens ruimte voor elektronische of schriftelijke communicatie en voor non-verbale communicatietechnieken.
  De categorie communicatieve behandeling is onderverdeeld in de volgende groepen:
  – Follow-up behandelingscontact: hierbij wordt het beloop van de klachten en symptomen vastgelegd in het vervolg op een eerder ingestelde behandeling van welke soort dan ook. Zo nodig wordt de eerder ingestelde behandeling aangepast en worden adviezen gegeven met betrekking tot het dagelijks functioneren van de patiënt.
  – Steunend en structurerend behandelingscontact: ter vermindering van klachten en symptomen en verandering van habituele gedragspatronen, wordt gericht gebruik gemaakt van empathie, confrontatie, cognitieve herordening en gedragsveranderende technieken.
  – Psychotherapie: is opgesplitst in een aantal mogelijke soorten psychotherapie. Met name die vormen zijn genoemd die steunen op de uitkomsten van wetenschappelijk onderzoek of op de professionele traditie. Daarnaast is een categorie ‘overig’ opgenomen (denk bijvoorbeeld aan vormen van psychotherapie die niet in de registratielijst worden genoemd zoals kinderpsychotherapie, familieopstellingen, milieutherapie et cetera).
  – Overige (communicatieve) behandelcontacten betreffen alle activiteiten die vallen onder communicatieve behandeling maar niet zijn te plaatsen onder de hierboven genoemde groepen. Onder deze categorie kunnen we onder andere de volgende activiteiten rekenen: psycho-educatie, training patiënten, ouder-groepstraining, videohometraining, instructies, et cetera. Ook de somatische activiteiten en logopedie kunnen onder deze activiteit worden weggeschreven.

  Op deze activiteiten wordt alle daarmee samenhangende patiëntgebonden tijd geschreven. Preventieve activiteiten die in het kader van het behandeltraject van de patiënt plaatsvinden, kunnen worden weggeschreven als directe tijd onder overige (communicatieve) behandelcontacten bijvoorbeeld leefstijltraining, educatieve behandeling et cetera.
– Farmacotherapie: dit betreft de medicamenteuze behandeling van psychiatrische en somatische aandoeningen bij patiënten (zowel klinisch als ambulant). Op deze activiteit wordt de directe en indirect patiëntgebonden tijd geschreven met betrekking tot het voorschrijven en toepassen van farmacotherapie (het consult).
– Fysische therapie: dit betreft de behandeling met behulp van fysische technieken. Daarbij worden

fysische stimuli (zoals elektriciteit, magnetische golven et cetera) op (delen van) de hersenen gericht. De toediening van de stimuli kan binnen de schedel plaatsvinden, door de schedel heen of via afferente zenuwbanen. Deze vormen van behandeling zijn sterk in ontwikkeling. De volgende vormen van fysische therapie zijn opgenomen:
  – Electroconvulsietherapie
  – Lichttherapie
  – Transcraniële magnetische stimulatie
  – Overig behandeling fysische technieken
  – Deep brain stimulation.

  De behandelaren registreren de door hen bestede patiëntgebonden tijd op deze activiteiten. Voor electroconvulsietherapie geldt dat de materiële kosten en de inzet van beroepen die niet voorkomen op de DBC-beroepentabel (bijvoorbeeld anesthesist, verkoeververpleegkundige) in kaart worden gebracht via registratie van een verrichting/behandeling ECT.
– Vaktherapie: dit is een verzamelnaam voor behandelingen die worden gekenmerkt door het non-verbale en ervaringsgerichte karakter. We onderscheiden daarbinnen de tijdsbesteding aan de volgende activiteiten:
  – Creatieve therapie, zoals dramatherapie, beeldende therapie, muziek- en danstherapie;
  – Psychomotorische therapie, gericht op één of meerdere componenten van de elementen beweging, expressie en interactie.
– Fysiotherapie: op deze activiteit wordt de patiëntgebonden tijd geschreven met betrekking tot fysiotherapeutische behandeling zoals bedoeld in de NZa-tarievenlijst ziekenhuizen.
– Ergotherapie: op deze activiteit wordt de patiëntgebonden tijd geschreven met betrekking tot ergotherapeutische behandeling zoals bedoeld in de NZa-tarievenlijst ziekenhuizen.

4. Begeleiding

Begeleiding betreft methodisch verantwoorde beïnvloeding (doelgericht, bewust, procesmatig en systematisch) van een patiënt of patiëntsysteem, waarbij de verantwoording ligt bij de patiënt. In tegenstelling tot behandeling is het niet gericht op fundamentele verbetering maar op emotionele opvang, herstel of verbetering in sociaal functioneren geplaatst tegen de achtergrond van een reëel perspectief.
– Activerende begeleiding: dit omvat door een instelling te verlenen activerende activiteiten gericht op het herstel of voorkomen van verergering van gedrags- of psychische problematiek.
– Ondersteunende begeleiding (OB): omvat ondersteunende activiteiten in verband met een psychiatrische aandoening of beperking, gericht op bevordering of behoud van zelfredzaamheid of bevordering van de integratie van de verzekerde in de samenleving, te verlenen door een instelling. In de meeste gevallen zal OB niet onder de tweedelijns gespecialiseerde GGZ vallen. Het College voor Zorgverzekeringen geeft aan dat alleen de OB onder de Zorgverzekeringswet valt als deze strikt noodzakelijk is om de behandeling te laten slagen. OB is in dat geval namelijk een onlosmakelijk onderdeel van de behandeling (geneeskundige zorg) en dit betekent dat de behandelaar ook de OB direct aanstuurt. OB kan in dit geval naast de behandelactiviteit geregistreerd worden op de DBC van de betreffende patiënt. Pré-intake, intake en diagnostiek zijn onderdeel van de Zorgverzekeringswet. Deze activiteiten kunnen geregistreerd worden in een DBC. Mocht de diagnosestelling leiden tot enkel ondersteunende begeleidingscontacten (al dan niet in combinatie met pré-intake en/of intake/diagnostiek en/of algemeen indirecte tijd en/of dagbesteding en/of verblijf zonder overnachting) dan wordt de DBC afgekeurd in de validatie. De DBC kan dan, mits de ondersteunende begeleidingscontacten zijn verwijderd, worden gesloten (afsluitreden 5).

5. Verpleging

Verpleging in het kader van de Zvw kan als onderdeel van geneeskundige zorg (artikel 2.4 Bzv) voorkomen. Werkzaamheden die verpleegkundigen verrichten in het kader van geneeskundige zorg, behoren tot de prestatie geneeskundige zorg. In artikel 2.10 Bzv wordt er op gewezen dat verpleging een onderdeel kan zijn van verblijf. Tot slot is verpleging als afzonderlijke prestatie mogelijk in verband met medisch-specialistische zorg, maar zonder verblijf (artikel 2.11 Bzv).

6. Algemeen indirecte tijd

– Zorgcoördinatie: zorgcoördinatie heeft ten doel om alle zorg die een individuele patiënt van de eigen instelling met complexe problematiek op enig moment nodig zou kunnen hebben voor hem/haar beschikbaar te kunnen maken en op elkaar af te stemmen. De tijdsbesteding aan alle activiteiten die in dit kader ten behoeve van deze individuele patiënt worden uitgevoerd, wordt op deze activiteit geregistreerd. Behandelaren kunnen hun tijd op de activiteit zorgcoördinatie verantwoorden indien er sprake is van coördinerende activiteiten ten behoeve van de patiënt ‘over de muren van de afdeling of instelling heen’. Dit kan betrekking hebben op:

- ofwel coördineren van de zorg van verschillende behandelaren of afdelingen binnen een instelling;
- ofwel coördineren van de zorg van de eigen zorginstelling en andere zorginstellingen en instanties.

Alle overige coördinerende activiteiten die direct samenhangen met het uitvoeren van de op deze lijst genoemde activiteiten en verrichtingen, vallen hier dus niet onder. Tevens vallen hier niet onder de coördinerende activiteiten die voor groepen patiënten of voor de gehele instelling worden uitgevoerd.

- No show: het komt voor dat patiënten niet verschijnen op gemaakte afspraken zodat er 'loze ruimte' ontstaat in de agenda van de behandelaar. Dit wordt ook wel aangeduid als 'No show'. No show is een gepland patiëntcontact met een behandelaar, waarop de patiënt niet verschijnt, terwijl de patiënt niet binnen een (werkdag) termijn van 24 uur voorafgaand aan de afspraak heeft afgezegd. Voor het registreren van No show gelden volgende regels:
  - Op de activiteit 'No show' mag geen (in)directe tijd geschreven worden.
  - In geval van 'No show' mag alleen reistijd als indirecte tijd worden geschreven. In dit geval gaat de behandelaar op huisbezoek en blijkt de patiënt om welke reden dan ook niet thuis te zijn/open te doen. Deze 'verloren' reistijd kan geregistreerd worden.
- Interne patiëntbespreking (MDO): onder een interne patiëntbespreking verstaan we de tijdsbesteding van een behandelaar aan het voeren van overleg met collega-behandelaren (dus binnen de eigen instelling) over de hulpverlening aan patiënten ter voorbereiding of naar aanleiding van de uitvoering van een activiteit of verrichting. Ten aanzien van de interne patiëntenbespreking, (het multidisciplinair overleg) geldt dat veelal sprake is van een groepsgewijze bespreking. Meerdere behandelaren bespreken meerdere patiënten tijdens een overleg. Alle behandelaren registreren de totale bestede tijd (totale duur van het MDO) op deze activiteit. Deze tijd wordt verdeeld over de DBC's van alle tijdens het MDO besproken patiënten.
  Voorbeeld: er vindt een MDO plaats met drie behandelaren waar zes patiënten aan bod komen. Het MDO duurt 60 minuten. De drie behandelaren verdelen nu elk het door hen bestede uur MDO over alle zes besproken patiënten.
- Extern overleg: de tijdsbesteding van een behandelaar die is gemoeid met het voeren van overleg met derden (dus buiten de eigen instelling) over de hulpverlening of naar aanleiding daarvan (bijvoorbeeld: een consult dat plaatsvindt tussen een behandelaar en een leraar over een kind dat in behandeling is).
- Verslaglegging algemeen: verslaglegging algemeen zoals correspondentie over of namens de patiënt of een ontslagbrief.
- Activiteiten i.v.m. juridische procedures (IBS, Bopz): administratieve activiteiten, correspondentie, et cetera in verband met juridische of gerechtelijke procedures van een patiënt.
- Regelen tolken: de tijdsbesteding van een behandelaar die is gemoeid met het regelen van een tolk voor een activiteit of verrichting die face-to-face wordt uitgevoerd. Met betrekking tot het regelen van een doventolk kan er algemeen indirecte tijd worden geregistreerd.

Crisis

Crisis-activiteiten kunnen geregistreerd worden als er sprake is van een crisissituatie waarin een crisis-DBC geopend wordt.

'Een crisissituatie ggz is een acute situatie van een patiënt die direct (medisch) ingrijpen noodzakelijk maakt teneinde direct (of vermeend) fysiek of psychisch gevaar voor de persoon of de omgeving af te wenden, dan wel om ernstige overlast te beëindigen. De acute situatie kan het gevolg zijn van een geestesstoornis d.w.z. een ernstige stoornis van het oordeelsvermogen, in het bijzonder, een psychotische toestand waarbij het handelen voortkomt uit hallucinaties of waanvoorstellingen, acute dreiging van suïcide of ernstige verwardheid als gevolg van een organische hersenaandoening'[20].

Alleen instellingen met een 24-uurs crisisdienst met een regionale functie mogen een crisis-DBC openen.

- Crisiscontact binnen kantooruren: een patiëntgebonden contact bij acute en/of niet-geplande problematiek, dat plaatsvindt in het kader van de 7x24-uurs dienst op maandag tot en met vrijdag, niet zijnde een feestdag, waarbij de (indirect of direct) patiëntgebonden tijd 50% of meer valt binnen de periode van 08.00–18.00 uur.
- Crisiscontact buiten kantooruren: een patiëntgebonden contact bij acute en/of niet-geplande problematiek, dat plaatsvindt in het kader van de 7x24-uurs dienst op zaterdagen, zondagen en feestdagen en ieder patiëntgebonden contact bij acute problematiek in het kader van de 7x24-uurs dienst op werkdagen waarbij de (indirect of direct) patiëntgebonden tijd voor meer dan 50% valt buiten de periode van 08.00–18.00 uur.

[20] Zie voor meer informatie profiel-crisisdienst-ggz-acute-dienst (ggz-connect).

– Intake en screening crisisinterventie: alle (gesprek)activiteiten gericht op verduidelijking van de klachten en van de crisisinterventie.
– Psychiatrisch onderzoek crisisinterventie: alle activiteiten in het kader van een psychiatrisch onderzoek tijdens de intake van de crisisinterventie, ter ondersteuning van de gegevensverzameling.
– Farmacotherapie crisisinterventie: dit betreft de medicamenteuze behandeling van psychiatrische en somatische aandoeningen bij patiënten tijdens een crisisinterventie. Op deze activiteit wordt de directe en indirect patiëntgebonden tijd geschreven met betrekking tot het voorschrijven en toepassen van farmacotherapie.
– Steunend en structurerend crisiscontact: dit contact is vooral gericht op de stabilisatie van de patiënt tijdens de crisisinterventie en op het voorkomen van verergering van gedrag- of psychische problematiek.

Verblijf

– *Verblijf met overnachting (24-uurs verblijf)*
Verblijf in een instelling wordt geregistreerd in verblijfsdagen. Een verblijfsdag kan alleen geregistreerd worden wanneer een patiënt de dag en de daaropvolgende nacht aanwezig is geweest in de instelling. De dag van opname en de daarop volgende nacht gelden als één verblijfsdag. Alleen als de patiënt op zijn laatst om 20:00 uur is opgenomen en 's nachts in de instelling verblijft, mag voor die dag nog een verblijfsdag worden geregistreerd. De dag waarop de patiënt ontslagen wordt en dus niet de daaropvolgende nacht in de instelling verblijft, geldt niet als verblijfsdag.
Artikel 2.10 Bzv
1. *Verblijf omvat verblijf gedurende een ononderbroken periode van ten hoogste 365 dagen, dat medisch noodzakelijk is in verband met de geneeskundige zorg, bedoeld in artikel 2.4, al dan niet gepaard gaande met verpleging, verzorging of paramedische zorg.*
2. *Een onderbreking van ten hoogste dertig dagen wordt niet als onderbreking beschouwd, maar deze dagen tellen niet mee voor de berekening van de 365 dagen.*
3. *In afwijking van het tweede lid tellen onderbrekingen wegens weekend- en vakantieverlof wel mee voor de berekening van de 365 dagen.*

– *Verblijf zonder overnachting*
VZO wordt geregistreerd in aanwezigheidsdagen. Er is sprake van aanwezigheid indien de patiënt een aantal uur aanwezig is, gemiddeld tussen 9.00 en 17.00 uur. De patiënt ontvangt gedurende de dag diverse vormen van diagnostiek en behandeling, maar verblijft 's nachts niet in de instelling. Deze deelprestatie is bedoeld voor patiënten voor wie ondersteuning van verblijf met een VOV-functie noodzakelijk is voor een goed verloop van de diagnostiek en behandeling. VZO mag alleen geregistreerd worden, indien er voldaan is aan de registratie van minimaal twee direct patiëntgebonden activiteiten in de hoofdgroep diagnostiek en/of behandeling of de verrichting ECT en indien er niet meer dan vier uur direct patiëntgebonden tijd is geleverd.

Dagbesteding

Het doel van dagbesteding is het bevorderen, behouden of compenseren van de zelfredzaamheid van de patiënt. Binnen de gespecialiseerde GGZ is het van belang dat de dagbesteding:
– altijd in het kader is van de (psychiatrische) behandeling en;
– terug te vinden is in het behandelplan van de patiënt dat is opgesteld door de hoofdbehandelaar.

Dagbesteding wordt geregistreerd op basis van uren aanwezigheid.
– *Dagbesteding sociaal (ontmoeting)*
De meest basale functie van een dagactiviteitencentrum is de ontmoetingsfunctie. De inloopfunctie is de meest 'laagdrempelige' functie in het kader van dag- en arbeidsmatige activiteiten. Het gaat dan ook vooral om de beschikbaarheidfunctie. Dat betekent dat aan deelnemers over het algemeen geen stringente eisen worden gesteld voor wat betreft de deelname aan de inloop.
– *Dagbesteding activering*
Dit gaat verder dan alleen anderen ontmoeten en betreft deelname aan recreatieve, creatieve of sportieve activiteiten. Tekenen en schilderen bijvoorbeeld, maar ook gipsgieten, kleding maken, tuinieren, voetballen, zwemmen of sjoelen. (Re)creatieve activiteiten worden over het algemeen groepsgewijs aangeboden. De deelname is niet verplicht, maar is minder vrijblijvend dan bij dagbesteding sociaal. Het aantal patiënten varieert per type (re)creatieve activiteit van enkele patiënten tot wel twintig. Voor incidentele activiteiten, zoals jaarlijkse uitstapjes, kan het aantal patiënten nog groter zijn.
– *Dagbesteding educatie*
Te denken valt aan een computercursus, een cursus boekbinden, lijsten maken, gitaarspelen, tekenen, bloemschikken, drama en toneel enzovoorts. Ook bij de educatieve activiteiten is er over het algemeen sprake van een vast weekprogramma en een groepsgewijs aanbod. Deelname is niet

verplicht, maar het is de bedoeling dat de patiënten er iets van opsteken en daarom is deelname minder vrijblijvend dan bij de recreatieve activiteiten.

– *Dagbesteding arbeidsmatig*
  Arbeidsmatige activiteiten zijn gestructureerde activiteiten. Begeleiders en deelnemers maken afspraken over de werkzaamheden die verricht zullen worden. De activiteiten zijn gericht op het opdoen van arbeidsvaardigheden en -ervaring. De zorginstelling kan een functie vervullen in de begeleiding van patiënten die aan het werk willen in het reguliere arbeidsproces. Het gaat hierbij om onbetaalde werkzaamheden, soms wordt een (beperkte) onkostenvergoeding verstrekt. Er zijn duidelijke afspraken gemaakt over het aantal dagdelen dat de patiënt werkzaam is en het tijdstip waarop de werkzaamheden verricht worden. De volgende punten zijn hierbij van belang:
  – arbeidsmatige activiteiten hebben betekenis in het kader van persoonlijke ontplooiing en verkenning van individuele mogelijkheden (bijvoorbeeld gericht op het opdoen van arbeidservaring of op het toeleiden naar een (on-)betaalde baan);
  – arbeidsmatige activiteiten zijn gericht op het aanleren en/of onderhouden van arbeidsvaardigheden (het DAC als stimulerend oefenmilieu);
  – arbeidsmatige activiteiten zijn gericht op persoonlijk en maatschappelijk herstel van mensen met psychiatrische en/of psychische problemen en dragen op die manier bij aan de bevordering van maatschappelijke (her)integratie;
  – arbeidsmatige activiteiten hebben een stabiliserend effect op het dagelijks leven van de patiënten en dragen op die manier bij aan het voorkomen van isolement, terugval en decompensatie.

  Essentieel voor arbeidsmatige activiteiten is:
  – dat er een overeenkomst (mondeling dan wel schriftelijk) bestaat tussen de individuele patiënt en de organisatie waarin geregeld is wat er van elkaar wordt verwacht;
  – dat er sprake is van activiteiten die gericht zijn op een toeleidingstraject naar (betaalde of onbetaalde) arbeid in een andere setting of dat er sprake is van arbeidsmatige activiteiten als dagbesteding die plaats blijven vinden in het activiteitencentrum.

– *Dagbesteding overig*
  Alle dagbesteding die niet onder dagbesteding sociaal, activering, educatie of arbeidsmatig valt, maar wel wordt ingezet in het kader van de behandeling van een patiënt met een bepaalde primaire diagnose, kan onder dagbesteding overig worden geregistreerd.
  Pré-intake, intake en diagnostiek zijn onderdeel van de Zorgverzekeringswet. Deze activiteiten kunnen geregistreerd worden op een DBC. Mocht de diagnosestelling leiden tot enkel dagbesteding (al dan niet met Ondersteunende begeleidingscontacten), dan kan er geen aanspraak gemaakt worden op de Zvw en dient de DBC te worden afgesloten met afsluitreden 5. Een DBC met uitsluitend dagbesteding (al dan niet in combinatie met pré-intake, intake/diagnostiek, algemeen indirecte tijd, ondersteunende begeleidingscontacten en/of verblijf zonder overnachting) wordt afgekeurd in de validatie.

Verrichtingen

Verrichtingen worden geregistreerd in aantallen: ECT per behandeling en Methadon per maand waarin de stof Methadon ambulant is verstrekt.

– *ECT*
  De materiële kosten en de inzet van behandelaren die niet voorkomen op de DBC-beroepentabel (zoals de anesthesist) worden in kaart gebracht via de registratie van het aantal behandelingen ECT.
– *Methadon (ambulante verstrekking per maand)*
  Wanneer Methadon aan een patiënt wordt verstrekt, wordt dit per maand geregistreerd op de DBC van de patiënt. Ambulante verstrekking in een maand wordt gezien als één verrichting. Dit is ongeacht de hoeveelheid en frequentie van de ambulante Methadonverstrekking in die maand. Een DBC met een verrichting Methadon (ambulante verstrekking per maand) dient altijd de activiteit farmacotherapie te bevatten. DBC’s met de verrichting Methadon (ambulante verstrekking per maand) zonder de activiteit farmacotherapie vallen uit in de validatie.
– *Beschikbaarheidcomponent 24-uurs crisiszorg*
  Deze verrichting vergoedt de extra kosten voor de beschikbaarheidfunctie van de crisisdienst en de salaristoeslagen voor het werk van behandelaar buiten kantooruren. De verrichting mag maar één keer per crisis-DBC geregistreerd worden en alleen door *instellingen met een 24-uurs crisisdienst met een regionale functie.* Een beschikbaarheidcomponent voor 24-uurs crisiszorg kan enkel geregistreerd worden op een crisis-DBC die directe tijd bevat. Een crisis-DBC bevat altijd de activiteiten van de categorie ‘crisiscontacten’ én de verrichting ‘Beschikbaarheidcomponent voor 24-uurs crisiszorg’. Is dat niet het geval, dan valt de DBC uit in de validatie.

BIJLAGE 5: DBC-BEROEPENTABEL

Hoofdbehandelaar en behandelaren

De hoofdbehandelaar is een zorgverlener die, in reactie op de zorgvraag van een patiënt, bij de patiënt de diagnose stelt en door wie of onder wiens verantwoordelijkheid de behandeling plaatsvindt. Dit houdt in dat de hoofdbehandelaar verantwoordelijk is voor alle acties die in het kader van de behandeling van een patiënt gedurende het gehele DBC-traject plaatsvinden. Behandelaren die geen hoofdbehandelaar zijn (en dus geen patiënten typeren) registreren alleen activiteiten en verrichtingen. Een hoofdbehandelaar is vaak ook behandelaar en registreert dus ook activiteiten en verrichtingen.

De DBC-beroepentabel

In de DBC-beroepentabel zijn die beroepen opgenomen, die bevoegd en bekwaam zijn om een rol te vervullen in de (individuele diagnosegerichte) behandeling van patiënten in de ggz. De tabel sluit daarmee aan bij de in de Wet BIG geregistreerde beroepen. Hier zijn de beroepen aan toegevoegd die (nog) niet geregistreerd zijn in de Wet BIG, maar binnen de GGZ wel eenzelfde landelijk erkende status hebben.

De DBC-beroepentabel onderscheidt zeven beroepenclusters: de clusters medische, psychotherapeutische, agogische, psychologische, vaktherapeutische, verpleegkundige beroepen en de 'somatische beroepen werkzaam in de GGZ'. Hierbinnen vallen die beroepen, die vanuit hun somatische beroep activiteiten in de GGZ uitvoeren, maar niet primair (breder) opgeleid zijn voor een rol in de GGZ. Denk hierbij aan de huisarts, neuroloog, klinisch geriater, fysiotherapeut en dergelijke. De complete DBC-beroepentabel is hieronder opgenomen.
In elk beroepencluster worden vier niveaus onderscheiden. In de Wet BIG wordt bepaald wanneer sprake is van een basisberoep en van een specialisme. Hieraan zijn met instemming van de minister van VWS en van de Tweede Kamer, het initiële niveau en het niveau specialisatie/functiedifferentiatie toegevoegd.

Bij de indeling van de in de instelling of praktijk werkzame behandelaren volgens de DBC-beroepentabel moet onderscheid gemaakt worden tussen:
– *Beroepen:* die beroepen die worden onderscheiden in de beroepenstructuur en daarmee (individueel) bevoegd/bekwaam zijn om een zelfstandige rol in het behandelproces van de patiënt in de tweedelijns GGZ te vervullen.
– *Taken:* taken zijn de activiteiten en verrichtingen die in het primaire proces door beroepen worden uitgevoerd. De uitgevoerde taken worden in het DBC-model geregistreerd via de activiteiten- en verrichtingenlijst.
– *Functies:* instellingen/praktijken maken via functies (en functieomschrijvingen) een vertaalslag van beroepen naar taken: welke beroepen voeren welke taken uit? Hierbij zijn de instellingen zelf verantwoordelijk dat dit plaatsvindt binnen de geldende wettelijke kaders (volgens de Wet BIG/tuchtrecht etc.).

In de DBC-beroepentabel is de scheiding tussen beroepen en functies strikt doorgevoerd. De opgenomen lijst van beroepen op de DBC-beroepentabel is uitputtend, met uitzondering van de genoemde beroepen in categorie 3 (specialisatie/functiedifferentiatie (SF)). Hierin is namelijk vooruitlopend op de erkenning van bepaalde functies tot beroep een aantal voorbeelden van functies genoemd, die een specifieke GGZ-specialisatie vereisen én dus door partijen als beroep worden gezien. Een voorbeeld hiervan bij het verpleegkundige beroepencluster is bijvoorbeeld de SPV. De tabel is op dit punt niet uitputtend. De instelling of praktijk kan onder eigen verantwoordelijkheid vergelijkbare beroepen laten registreren onder de noemer 'overig [naam betreffend beroepencluster] SF'.

Ondersteunende beroepen

De ondersteunende beroepen in de ggz schrijven geen tijd. In de kostprijsberekening, die vooraf gaat aan de bepaling van de maximumtarieven, is rekening gehouden met deze ondersteunende beroepen. Uitleg hierover vindt u in de beleidsregel 'kostprijsberekening curatieve GGZ' (op dit moment BR/CU-5078). Na de DBC-beroepentabel vindt u de indeling van de ondersteunende beroepen conform het kostprijsmodel.

DBC-BEROEPENTABEL

Beroepcode	Korte functiebeschrijving	Uitgebreide functiebeschrijving
MB	**Medische Beroepen**	**Medische beroepen**
MB.BG	Basisberoep Gezondheidszorg (BG)	Basis beroep Gezondheidszorg (BG)
MB.BG.basis	MB – Arts	Arts (waaronder Agio/ Agnio)

Beroepcode	Korte functiebeschrijving	Uitgebreide functiebeschrijving
MB.SF	Specialisatie/ functiedifferentiatie (SF)	Specialisatie / functiedifferentiatie
MB.SF.vslarts	MB – Arts versl	Arts verslavingszorg
MB.SF.sger	MB – Soc. Geriater	Sociaal geriater
MB.SF.overig	MB – SF overig	Overig medisch SF
MB.SP	Specialisme (SP)	Specialisme (SP)
MB.Sp.Psych	MB – Psychiater	Psychiater
MB Sp. Oud	MB – Specialist Ouderengeneeskunde	Specialist Ouderengeneeskunde
PT	**Psychotherapeutische beroepen**	**Psychotherapeutische beroepen**
PT.BG	Basisberoep Gezondheidszorg (BG)	Basis beroep Gezondheidszorg (BG)
PT.BG.psth	PT – psychoth	Psychotherapeut
AG	Agogische beroepen	Agogische beroepen
AG.BI	Basisberoep initieel (BI)	Basis beroep gezondheidszorg (BG)
AG.BI.mwd	AG – MWD	Maatschappelijk werkende (MWD)
AG.BI.sph	AG – SPH	Sociaal Pedagogisch Hulpverlener (SPH)
AG.BG	Basisberoep Gezondheidszorg (BG)	Basis beroep Gezondheidszorg (BG)
AG.BG.agoog	AG – agoog	Ggz-agoog
AG.SF	Specialisatie/ functiedifferentiatie (SF)	SF Specialisatie / functiedifferentiatie
AG.SF.vrstgeh	AG – verst.gehand.	Ggz-agoog
AG.SF.kjpsych	AG .kj. psychiatrie	Agoog K&J psychiatrie
AG.SF.overig	PB – SF overig	Overig agogisch SF
PB	**Psychologische beroepen**	**Psychologische beroepen**
PB.BI	Basisberoep initieel (BI)	Basisberoep initieel (BI)
PB.BI.ped	PB – Pedagoog	Pedagoog (waaronder orthopedagoog)
OV.OR.gen	PB-Orthopedagoog-generalist	Orthopedagoog-generalist (NVO)
PB.BI.gzkd	PB – Gezondheidskundige	Ggz gezondheidskundige
PB.BI.psy	PB – Psycholoog	Psycholoog (geen verdere specialisatie)
OV.KJ.psych	PB- Kinder- en jeugdpsycholoog (NIP)	Kinder- en jeugdpsycholoog (NIP)
PB.BG	*Basisgroep Gezondheidzorg (BG)*	*Basisgroep Gezondheidzorg (BG)*
PB.BG.gzpsy	PB – Gz-psycholoog	Gz-psycholoog
PB.SF	*Specialisatie/ functiedifferentiatie (SF)*	*Specialisatie / functiedifferentiatie*
PB.SF.gedrth	PB – gedragsth	Geragstherapeut
PB.SF.kjth	PB – kj.therap	K&J therapeut
PB.SF.overig	PB – SF overig	Overige psychologische SF
PB.SP	*Specialisme (SP)*	*Specialisme (SP)*
PB.SP.klinps	PB – klinpsych	Klinisch psycholoog
PB.SP.klinneuropsych	PB – klin.neuropsych	Klinisch neuropsycholoog
VK	**Vaktherapeutische beroepen**	**Vaktherapeutische beroepen**
VK.BI	*Basisberoep initieel (BI)*	*Basisberoep initieel (BI)*
VK.BI.pmt	VK – PMT	Vaktherapeut psychomotorisch (PMT)
VK.BI.ct	VK – CT	Vaktherapeut creatief (CT)
VK.BG	*Basisberoep Gezondheidszorg (BG)*	*Basis beroep Gezondheidszorg (BG)*
VK.BG.vakth	VK – Gz-vakth	Gz-vaktherapeut
VK.SF	*Specialisatie/ functiedifferentiatie (SF)*	*Specialisatie / functiedifferentiatie*
VK.SF.vakth	VK – Ggz vakth	Ggz-vaktherapeut
VK.SF.overig	VK – SF overig	Overig vaktherapeutisch SF
VB	**Verpleegkundige beroepen**	**Verpleegkundige beroepen**
VB.BG	*Basisberoep Gezondheidszorg (BG)*	*Basisberoep Gezondheidszorg (BG)*
VB.BG-vrplk	VB – verplk	Verpleegkundige (art.3)
VB.F	*Specialisatie/ functiedifferentiatie (SF)*	*Specialisatie / functiedifferentiatie*
VB.SF.spv	VB – SPV	Sociaal Psych. Verpleegkundige (SPV)
VB.SF.cpv	VB – CPV	Consultatief Psych. Verpleegkundige (CPV)
VB.SF.fvp	VB – FVP	Forensisch Psychiatrisch Verpleegkundige (FVP)
VB.SF.overig	VB – SF overig	Overig
VB.SP	*Specialisme (SP)*	*Specialisatie / functiedifferentiatie*
VB.SP.vrplsp	VB – verplk.spec	Ggz verpleegkundig specialist
OV	**Somatische beroepen (Wet BIG)**	**Somatische beroepen**
OV.BG	*Basisberoep Gezondheidszorg (BG)*	*Basisberoep Gezondheidszorg (BG)*
OV.BG.fysio	OV – Fysioth	Fysiotherapeut
OV.BG.ergo	OV – Ergoth	Ergotherapeut

Beroepcode	Korte functiebeschrijving	Uitgebreide functiebeschrijving
OV.BG.diet	OV – Diëtist	Diëtist
OV.BG.logo	OV – Logopedist	Logopedist
OV.SP	*Specialisme (SP)*	*Specialisatie / functiedifferentiatie*
OV.SP.neur	OV – neuroloog	Neuroloog
OV.SP.harts	OV – huisarts	Huisarts
OV.SP.karts	OV – kinderarts	Kinderarts
OV.SP.kger	OV – Klin.geriater	Klinisch geriater
OV.SP.artsmg	OV – Arts maatsch.gzh	Arts maatschappij en gezondheid

Ondersteunende beroepen[1]	
Assisterende ggz-functies	psychologisch assistent psychodiagnostisch werkende zorgassistent testassistent
Activiteitenbegeleiders	activiteitenbegeleider sport(bege)leider sport/speltherapeut groepsbegeleider
Gezinsbegeleiding	gezinstherapeut gezinshulpverlener gezinsbegeleider systeemtherapeut
VOV/verpleegkundig personeel	verpleger[2] nurse practitioner ambulant werkende verzorger
Overige ondersteuners ggz	maatschappelijk werkende[3] psychomotorisch therapeut Preventiemedewerker medewerker rehabilitatie Counselor Casemanager Trajectbegeleider ondersteuner spec. fz[4] Ervaringsdeskundige

1 Deze indeling heeft een praktische insteek en verschuivingen in de toekomst zijn mogelijk.
2 Onder verpleger vallen ook verwante functies zoals: verplegende, helper, etc. (dit personeel wordt als VOV-personeel toegewezen als hoofdkostenplaats aan de kostendrager ‘verblijfsdagen’).
3 Onder deze groep vallen NIET de maatschappelijk werkenden/ psychotherapeuten met differentiatie ggz.
4 Tot deze categorie behoren ondersteuners die ingezet worden bij niet-strafrechtelijke zorg en niet bij een andere groep te plaatsen zijn.

BIJLAGE 6: DEELPRESTATIES VERBLIJF

DEELPRESTATIE VERBLIJF A (LICHTE VERZORGINGSGRAAD)	
Verblijfszorg	Deze deelprestatie verblijf is bedoeld voor GGZ patiënten met een lichte verstoring in het psychiatrisch ziektebeeld (psychisch, sociaal en somatisch functioneren), waardoor er een noodzaak tot opname is om de geneeskundige zorg te leveren. De behoefte aan begeleiding[1] door het VOV personeel[2] is beperkt. De nadruk ligt op het zelfoplossend vermogen en zelfregie van de patiënten. VOV personeel is op afstand oproepbaar. Voor zover patiënten mobiliteitsproblemen hebben vergen deze geen extra verzorging of toezicht. Wat betreft de zelfstandigheid in de ADL[3]/BDL[4] is er geen begeleiding noodzakelijk. De zelfredzaamheid van de patiënten is groot.
Inzet VOV personeel	Op deze setting wordt doorgaans niet meer dan 0,3 netto[5] fte[6] per bed/plaats ingezet.
Bedbezetting	Het merendeel van de patiënten gaat in het kader van het behandelplan regelmatig enkele dagen (weekend of doordeweeks) naar het eigen huis en maakt dan geen gebruik van de verblijfsfaciliteiten.
Toezicht/beveiliging	Patiënten kunnen zonder toestemming de setting verlaten, tenzij er vrijheidsbeperkende maatregelen zijn opgelegd.
Fysieke setting/Kenmerken huisvesting	Open setting voor basis verblijf zonder aanpassingen. Voor mobiliteit geldt een algemene toeslag voor rolstoel gebruik.

1 Onder begeleiding is mede begrepen: verzorging en bescherming/structurering.
2 VOV personeel staat voor Verzorgend Opvoedkundig en Verplegend personeel en is in deze context uitwisselbaar met de term '24-uurscontinuïteitsdienst'.
3 ADL staat voor Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen (bv. wassen, aankleden, eten, toiletgang).
4 BDL staat voor Bijzondere Dagelijkse Levensverrichtingen (bv. huishoudelijk werk, koken, administratie doen, gebruikmaken van het openbaar vervoer).
5 Netto staat voor: ingeroosterd zorgverlenend VOV-personeel.
6 Fte staat voor fulltime-equivalent en staat gelijk aan 1 volledige werkweek.

DEELPRESTATIE VERBLIJF B (BEPERKTE VERZORGINGSGRAAD)	
Verblijfszorg	Deze deelprestatie verblijf is bedoeld voor GGZ patiënten met een beperkte verstoring in het psychiatrisch ziektebeeld (psychisch, sociaal en somatisch functioneren), waardoor er een noodzaak tot opname is om de geneeskundige zorg te leveren. De behoefte aan begeleiding door het VOV personeel is beperkt. De nadruk ligt op het zelfoplossend vermogen en zelfregie van de patiënten. VOV personeel is op afstand oproepbaar. Wat betreft de zelfstandigheid in de ADL/BDL is er beperkte begeleiding noodzakelijk. De zelfredzaamheid van de patiënten is groot. Wel zijn stimulatie en toezicht door het VOV personeel noodzakelijk.
Inzet VOV personeel	Op deze setting wordt doorgaans meer dan 0,3 netto fte tot en met 0,5 netto fte per bed/plaats ingezet.
Bedbezetting	Het merendeel van de patiënten gaat in het kader van het behandelplan regelmatig enkele dagen (weekend of doordeweeks) naar het eigen huis en maakt dan geen gebruik van de verblijfsfaciliteiten.
Toezicht/beveiliging	Het betreft een overwegend open setting die licht beschermend is, waar het grootste deel van de patiënten met toestemming de setting mag verlaten. Voor een deel van de patiënten geldt dat vrijheidsbeperkende maatregelen zijn opgelegd.
Fysieke setting/Kenmerken huisvesting	Open setting voor basis verblijf zonder aanpassingen. Voor mobiliteit geldt een algemene toeslag voor rolstoel gebruik.

DEELPRESTATIE VERBLIJF C (MATIGE VERZORGINGSGRAAD)	
Verblijfszorg	Deze deelprestatie verblijf is bedoeld voor GGZ patiënten met een matige verstoring in het psychiatrisch ziektebeeld (psychisch, sociaal en somatisch functioneren), waardoor er een noodzaak tot opname is om de geneeskundige zorg te leveren. De behoefte aan begeleiding door het VOV personeel is matig. De nadruk ligt op het zelfoplossend vermogen. De begeleiding wordt in de nabijheid van/in het gebouw verstrekt. Wat betreft de zelfstandigheid in de ADL/BDL is er begeleiding op aanvraag/behoefte nodig. Wel zijn beperkte begeleiding/zorg en toezicht door het VOV personeel noodzakelijk.
Inzet VOV personeel	Op deze setting wordt doorgaans meer dan 0,5 netto fte tot en met 0,7 netto fte per bed/plaats ingezet.
Bedbezetting	Het merendeel van de patiënten blijft doordeweeks dan wel in het weekend in de kliniek.
Toezicht/beveiliging	Het betreft hoofdzakelijk een open setting die matig beschermend is, waar het grootste deel van de patiënten met toestemming de setting mag verlaten. Voor een deel van de patiënten geldt dat vrijheid beperkende maatregelen zijn opgelegd.
Fysieke setting/Kenmerken huisvesting	Hoofdzakelijk open setting met geringe aanpassingen. Voor mobiliteit geldt een algemene toeslag voor rolstoel gebruik.

DEELPRESTATIE VERBLIJF D (GEMIDDELDE VERZORGINGSGRAAD)	
Verblijfszorg	Deze deelprestatie verblijf is bedoeld voor GGZ patiënten met een gemiddelde verstoring in het psychiatrisch ziektebeeld (psychisch, sociaal en somatisch functioneren), waardoor er een noodzaak tot opname is om de geneeskundige zorg te leveren. VOV Personeel is direct beschikbaar. De nadruk ligt op het aanbieden van oplossingen. Wat betreft de zelfstandigheid is er wisselende begeleiding op aanvraag/behoefte noodzakelijk. De zelfredzaamheid van de patiënten is wisselend. Wat betreft de ADL/BDL zijn begeleidende zorg en structureel toezicht noodzakelijk.
Inzet VOV personeel	Op deze setting wordt doorgaans meer dan 0,7 netto fte tot en met 1,0 netto fte per bed/plaats ingezet.
Bedbezetting	Het merendeel van de patiënten blijft doordeweeks dan wel in het weekend in de kliniek.
Toezicht/beveiliging	Vrijheid beperkende maatregelen zijn op een groot gedeelte van de patiënten van toepassing. Patiënten verblijven voornamelijk in een besloten setting die gemiddeld tot intensieve bescherming biedt.
Fysieke setting/Kenmerken huisvesting	In belangrijke mate gesloten setting met geringe aanpassingen. Voor mobiliteit geldt een algemene toeslag voor rolstoel gebruik.

DEELPRESTATIE VERBLIJF E (INTENSIEVE VERZORGINGSGRAAD)	
Verblijfszorg	Deze deelprestatie verblijf is bedoeld voor GGZ patiënten met een intensieve verstoring in het psychiatrisch ziektebeeld (psychisch, sociaal en somatisch functioneren), waardoor er een noodzaak tot opname is om de geneeskundige zorg te leveren. VOV Personeel is direct beschikbaar. Opschaling is mogelijk. De nadruk ligt op het aanbieden van oplossingen. Wat betreft de zelfstandigheid in het ADL/BDL is er structureel begeleiding op aanvraag/behoefte nodig. De zelfredzaamheid van de patiënten is wisselend. Wel is er volledige begeleidende zorg en permanent (opvoedkundig) toezicht door het VOV personeel noodzakelijk.
Inzet VOV personeel	Op deze setting wordt doorgaans meer dan 1,0 netto fte tot en met 1,3 netto fte per bed/plaats ingezet.
Bedbezetting	De patiënten blijven tijdens de duur van de behandeling in de kliniek.
Toezicht/beveiliging	Vrijheid beperkende maatregelen zijn op een groot gedeelte van de patiënten van toepassing. Patiënten verblijven veelal in een gesloten setting met matig intensieve bescherming, waarbij het grootste deel van de patiënten de setting niet zonder toestemming mag verlaten.
Fysieke setting/Kenmerken huisvesting	Overwegend gesloten setting met geringe aanpassingen. Voor mobiliteit geldt een algemene toeslag voor rolstoel gebruik.

DEELPRESTATIE VERBLIJF F (EXTRA INTENSIEVE VERZORGINGSGRAAD)	
Verblijfszorg	Deze deelprestatie verblijf is bedoeld voor GGZ patiënten met een intensieve verstoring in het psychiatrisch ziektebeeld (psychisch, sociaal en somatisch functioneren), waardoor er een noodzaak tot opname is om de geneeskundige zorg te leveren. VOV Personeel is permanent beschikbaar. In voorkomende gevallen wordt hulp door personeel andere afdelingen geboden. De nadruk ligt op het opleggen van oplossingen. Wat betreft de zelfstandigheid in het ADL/BDL is er permanente begeleiding nodig. De zelfredzaamheid van de patiënten is laag. Een gedeeltelijk overname van zorg en permanent (opvoedkundig) toezicht door VOV-personeel is noodzakelijk. Patiënten vertonen over het algemeen gedragsproblemen/agressie, dan wel verstoringen in het functioneren. In het algemeen is sprake van intensieve dagelijkse begeleiding en dagstructurering.
Inzet VOV personeel	Op deze setting wordt doorgaans meer dan 1,3 netto fte tot en met 1,7 netto fte per bed/plaats ingezet.
Bedbezetting	De patiënten blijven tijdens de gehele duur van de behandeling in de kliniek.
Toezicht/beveiliging	Vrijheid beperkende maatregelen zijn op een groot gedeelte van de patiënten van toepassing. Patiënten verblijven voor een belangrijk deel ineen gesloten setting, beschermend en beveiligd, waarbij het grootste deel van de patiënten zich niet aan het toezicht kan onttrekken.
Fysieke setting/Kenmerken huisvesting	Overwegend gesloten setting met aanpassingen voor onder andere gedragsproblematiek. Er zijn separeer- dan wel afzonderingsruimtes aanwezig. Voor mobiliteit geldt een algemene toeslag voor rolstoel gebruik.
Fysieke setting/Kenmerken huisvesting	Gesloten setting met aanpassingen voor onder andere gedragsproblematiek. Er zijn separeer dan wel afzonderingsruimtes aanwezig. Voor mobiliteit geldt een algemene toeslag voor rolstoel gebruik.

DEELPRESTATIE VERBLIJF G (ZEER INTENSIEVE VERZORGINGSGRAAD)	
Verblijfszorg	Deze deelprestatie verblijf is bedoeld voor GGZ patiënten met een zeer intensieve verstoring in het psychiatrisch ziektebeeld (psychisch, sociaal en somatisch functioneren), waardoor er een noodzaak tot opname is om de geneeskundige zorg te leveren. VOV Personeel is permanent beschikbaar met een dubbele bezetting. De nadruk ligt op het opleggen van oplossingen. Wat betreft de zelfstandigheid in ADL/BDL is er permanente en dubbele begeleiding nodig. De zelfredzaamheid van de patiënten is zeer laag. Er is volledige overname van zorg en permanent toezicht door het VOV-personeel noodzakelijk. Patiënten vertonen over het algemeen ernstige gedragsproblemen/agressie, dan wel ernstige verstoringen in het psycho-sociale functioneren. In het algemeen is sprake van intensieve dagelijkse begeleiding en dagstructurering, met continu individueel (opvoedkundig) toezicht.
Inzet VOV personeel	Op deze setting wordt doorgaans meer dan 1,7 netto fte per bed/plaats ingezet.
Bedbezetting	De patiënten blijven tijdens de gehele duur van de behandeling in de kliniek.
Toezicht/beveiliging	Het betreft een gesloten setting, zwaar beveiligd, waarbij het grootste deel van de patiënten de setting niet mag verlaten en waar het grootste deel van de patiënten zich niet aan het toezicht kan onttrekken.
Fysieke setting/Kenmerken huisvesting	Gesloten setting met aanpassingen voor onder andere gedragsproblematiek. Er zijn separeer dan wel afzonderingsruimtes aanwezig. Voor mobiliteit geldt een algemene toeslag voor rolstoel gebruik.

DEELPRESTATIE VERBLIJF ZONDER OVERNACHTING (VZO)	
Verblijfszorg: Bij deze patiëntengroep is een klinisch verblijf met overnachting niet, maar voortgezette intensieve psychiatrische behandeling met verblijf in de instelling wel noodzakelijk. Tijdelijk worden meerdere behandelingen gedurende de dag aangeboden waarbij spreiding over de dag noodzakelijk is.Vanwege de intensiteit van deze medischnoodzakelijke behandelmomenten is aanvullende begeleiding[1] noodzakelijk om het verhoogde risico op ontregeling te beperken, dan wel adequate maatregelen te nemen zodat de psychiatrische behandeling en de stabilisatie van psychische functies succesvol kunnen verlopen. De psychiatrische stoornis heeft de sociale redzaamheid en dagritme ontregeld en begeleide dagstructuur is voorwaarde voor een succesvolle psychiatrische behandeling en stabilisatie van psychische functies. Het risico van terugval naar volledig verblijf met overnachting is aanwezig. Als onderdeel van het behandelplan is naast behandeling ook begeleiding noodzakelijk ten aanzien van cognitieve/psychische functies. Dit speelt met name bij herstel van de zelfzorg, concentratie, geheugen en denken, motivatie en het psychosociaal welbevinden.	Inzet VOV personeel: Het proces om te komen tot herstel van een zelfstandig geregisseerde dagstructuur wordt verzorgd door disciplines die meestal geen tijd als behandelaar schrijven in de DBC's (de VOV-functies). Bij volwassenen is primair herstel van een zelfstandig geregisseerde dagstructuur noodzakelijk voor een succesvolle behandeling. In de kinder- en jeugd dagklinieken is het milieu belangrijk voor succesvolle behandeling. De VOV is een mix van groepstherapeutisch, gedragstherapeutisch of gezinstherapeutisch medewerker. Die werken onder supervisie van een hoofdbehandelaar. Er wordt minimaal 1 uur gedurende de duur van de dagbehandeling (verspreid over de dag) ingezet[2].

1 VZO wordt gezien als een vorm van begeleiding. Het is hierdoor niet toegestaan om VZO in combinatie met specifieke begeleidingsactiviteiten (code 4.x) te registreren. Ook kan VZO, op één kalenderdag, niet met de volgende activiteiten geregistreerd worden: verpleging (code 5.x), prestatie verblijf met overnachting (code 8.8.x), dagbesteding (code 9.x) en een verrichting beschikbaarheidcomponent 24-uurs crisiszorg (code10.3).

2 Per kalenderdag kan maximaal 1 deelprestatie VZO worden geregistreerd.

BIJLAGE 7: PRIVACYVERKLARING

Ondergetekenden:

[*patiënt: Naam*] ....
[patiënt: Geboortedatum verzekerde] ....
[patiënt: Verzekerdenummer] ....
[*patiënt: BSN*] ....
[*DBC-traject: Openingsdatum*] ....

en

[zorgaanbieder: Naam praktijk/instelling] ....
[zorgaanbieder: Naam uitvoerder] ....
[*zorgaanbieder: Adres*]
[zorgaanbieder: AGB-code praktijk/instelling] ....
[zorgaanbieder: AGB-code uitvoerder] ....

verklaren:

1. Dat tussen partijen een behandelrelatie is aangegaan, waarvoor de zorgaanbieder een tarief in rekening wenst te brengen overeenkomstig de Wet marktordening gezondheidszorg.

Vermelding diagnose-informatie op factuur

2. Dat de patiënt er uit oogpunt van bescherming van zijn persoonlijke levenssfeer bezwaar tegen heeft, dat gegevens die te herleiden zijn tot een door de zorgaanbieder met betrekking tot de patiënt gestelde diagnose, op de declaratie worden vermeld.
3. Dat de zorgaanbieder, in overeenstemming met artikel 3.5 van de Regeling gespecialiseerde GGZ, vermelding van de onder 2 vermelde gegevens achterwege zal laten.

Aanlevering gegevens aan DIS

4. Dat de patiënt er uit oogpunt van bescherming van zijn persoonlijke levenssfeer bezwaar tegen heeft, dat MDS-gegevens als bedoeld in artikel 5 van de Regeling 'Verplichte aanlevering minimale dataset gespecialiseerde GGZ', aan DIS worden aangeleverd.
5. Dat de zorgaanbieder, in overeenstemming met artikel 6 van de Regeling 'Verplichte aanlevering minimale dataset gespecialiseerde GGZ', de aanlevering van de onder 4 bedoelde MDS-gegevens aan DIS achterwege zal laten.

PLAATS: ....

DATUM: ....

Handtekening patiënt   Handtekening zorgaanbieder

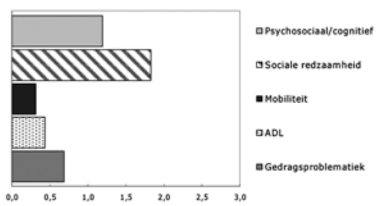
BIJLAGE 8: PROFIELEN ZORGZWAARTEPAKKETTEN GGZ

ZZP 3B GGZ	**Voortgezet verblijf met intensieve begeleiding**

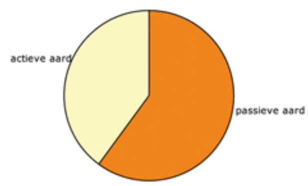
Patiëntprofiel

Deze patiëntgroep heeft vanwege een psychiatrische aandoening een vorm van behandeling (geneeskundige zorg) nodig die het verblijf in een instelling noodzakelijk maakt. Daarnaast is intensieve begeleiding nodig, die continu nabij is. De patiënten hebben een veilige, weinig eisende en prikkelarme verblijfsomgeving nodig die bescherming, stabiliteit en structuur biedt. De behandelaar is integraal verantwoordelijk voor het behandelplan en verblijf.
De patiënten hebben ten aanzien van hun *sociale redzaamheid* dagelijks intensieve begeleiding nodig. Er is sprake van verlies van zelfregie en van een verstoord dag- en nachtritme. Patiënten hebben grote problemen met het onderhouden van sociale relaties en het invullen van de dag. Tot deelname aan het maatschappelijk leven is men nagenoeg niet in staat en vaak ook niet in geïnteresseerd. Daarnaast zijn er forse beperkingen in de besluitnemings- en oplossingsvaardigheden en bij het initiëren en uitvoeren van eenvoudige en complexere taken. De patiënten hebben in het algemeen begeleiding nodig bij het beheren van geld en het verrichten van administratieve handelingen. Ze reizen doorgaans met begeleiding.
De patiënten hebben in het algemeen intensieve ondersteuning nodig ten aanzien van alle *cognitieve/psychische functies*.
De *aard van het behandel-/begeleidingsdoel* kan ontwikkelingsgericht zijn, zodanig dat terugkeer naar huis dan wel plaatsing in een beschermende woonomgeving mogelijk wordt. De behandeling is daarbij met name gericht op het herstel van het persoonlijk functioneren. Er is echter ook een groep patiënten die als chronisch is te beschouwen. Voor deze groep is stabilisatie en continuering van de situatie het uitgangspunt. Ook kan sprake zijn van begeleiding bij achteruitgang. Deze groep zal permanent behandeling nodig blijven hebben om verdere/nieuwe terugval te voorkomen.
Ten aanzien van *ADL* hebben de patiënten in het algemeen behoefte aan toezicht of stimulatie met betrekking tot de persoonlijke verzorging.
Ten aanzien van *mobiliteit* hebben de patiënten in het algemeen geen hulp nodig.
Bij deze patiënten kan terugkerend sprake zijn van enige *gedragsproblematiek*, maar die is hanteerbaar in de context van voortdurende begeleiding. Dit speelt met name bij reactief gedrag met betrekking tot interactie.
De *psychiatrische problematiek* bij deze patiënten variëren van passief tot actief. De psychiatrische symptomen zijn bij tijd en wijle lastig onder controle te krijgen; dan is intensivering van zorg gewenst (of bijstelling van medicatie).
De *zorgverlening* is voortdurend in de nabijheid te leveren.
De *dominante grondslag* voor dit patiëntprofiel is meestal een psychiatrische aandoening, psychische stoornis (waartoe ook verslaving behoort).

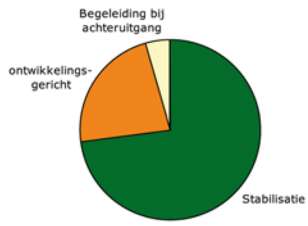
• Gemiddelde scores beperkingen



• Aard van de psychiatrische problematiek



• Behandel-/begeleidingsdoel



Functies en tijd per patiënt per week

• Verblijfszorg				• Dagbesteding	• Behandelaars (BH)	• Totaaltijd
Functie	BG	PV	VP	Indien dagbesteding: Gem. aantal dagdelen: 4 Gem. groepsgrootte: 5	Bij de zorgverlening zijn behandelaars betrokken.	Exclusief dagbesteding: 10,5 tot 13,0 uur Inclusief dagbesteding: 13,5 tot 16,5 uur
	ja	ja	ja			

Verblijfskenmerken

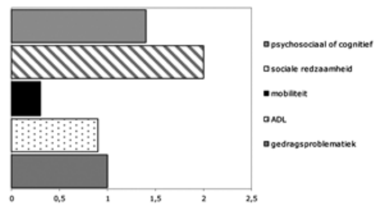
Setting: behandelafdeling
Nachtdienst: wakende wacht/in nabijheid.
Leveringsvoorwaarde: voortdurend in de nabijheid.

ZZP 4B GGZ	Voortgezet verblijf met intensieve begeleiding en verzorging

Patiëntprofiel

Deze patiëntgroep heeft vanwege een ernstige psychiatrische aandoening een vorm van behandeling (geneeskundige zorg) nodig die het verblijf in een instelling noodzakelijk maakt. Daarnaast is intensieve begeleiding plus verzorging vanwege (somatische) gezondheidsproblemen nodig. De patiënten hebben een structuur en toezicht biedende beschermende verblijfsomgeving nodig. De behandelaar is integraal verantwoordelijk voor het behandelplan en verblijf.
De patiënten hebben ten aanzien van hun *sociale redzaamheid* dagelijks intensieve begeleiding nodig. Er is sprake van verlies, van zelfregie en van een verstoord dag- en nachtritme. Patiënten hebben grote problemen met het onderhouden van sociale relaties en het invullen van de dag. Tot deelname aan het maatschappelijk leven is men niet in staat. Daarnaast zijn er forse beperkingen in de besluitnemings- en oplossingsvaardigheden en bij het initiëren en uitvoeren van eenvoudige en complexere taken. De patiënten hebben in het algemeen begeleiding nodig bij het beheren van geld en het verrichten van administratieve handelingen. Ze reizen doorgaans met begeleiding.
De patiënten hebben in het algemeen intensieve ondersteuning nodig ten aanzien van alle *cognitieve/psychische functies*.
De *aard van het behandel-/begeleidingsdoel* kan ontwikkelingsgericht zijn, zodanig dat terugkeer naar huis dan wel plaatsing in een beschermende woonomgeving mogelijk wordt. Er is echter ook een groep patiënten die als chronisch is te beschouwen. Voor deze groep is stabilisatie en continuering van de situatie het uitgangspunt. Deze groep zal permanent behandeling nodig blijven hebben om verdere/nieuwe terugval te voorkomen.
Ten aanzien van *ADL* hebben de patiënten vanwege gezondheidsproblemen vaak dagelijks behoefte aan hulp bij de persoonlijke verzorging (bijvoorbeeld als gevolg van problemen passend bij het ouder worden of door verwaarlozing van de gezondheid door het zwerven op straat).
Ten aanzien van *mobiliteit* hebben de patiënten in het algemeen geen hulp nodig.
Bij deze patiënten is sprake van *gedragsproblematiek*. De behandeling is mede gericht op het beheersbaar houden van deze gedragsproblematiek en het omgaan met defecten.
De *psychiatrische problematiek* is bij deze patiënten over het algemeen actief van aard (de psychopathologie is floride en/of er is sprake van een actieve middelen verslaving).
De *zorgverlening* is voortdurend in de nabijheid te leveren.
De *dominante grondslag* voor dit patiëntprofiel is meestal psychiatrische aandoening, psychische stoornis (waartoe ook verslaving behoort).

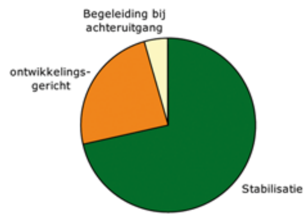
• Gemiddelde scores beperkingen



• Aard van de psychiatrische problematiek



• Behandel-/begeleidingsdoel



Functies en tijd per patiënt per week

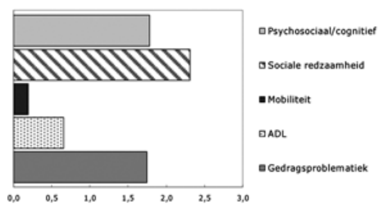
• Verblijfszorg				• Dagbesteding	• Behandelaars (BH)	• Totaaltijd
Functie	BG	PV	VP	Indien dagbesteding: Gem. aantal dagdelen: 4 Gem. groepsgrootte: 5	Bij de zorgverlening zijn behandelaars betrokken.	Exclusief dagbesteding: 13,0 tot 15,5 uur Inclusief dagbesteding: 16,0 tot 19,5 uur
	ja	ja	1. ja			

ZZP 5B GGZ	Voortgezet verblijf met intensieve begeleiding en gedragsregulering

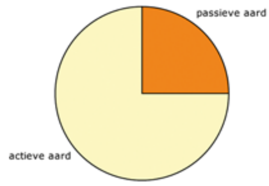
Patiëntprofiel

Deze patiëntgroep heeft vanwege een ernstige psychiatrische aandoening intensieve behandeling (geneeskundige zorg) nodig die het verblijf in een instelling noodzakelijk maakt. Daarnaast is intensieve begeleiding en structurering nodig. De verblijfsomgeving moet structuur, veiligheid en bescherming bieden. De behandelaar is integraal verantwoordelijk voor het behandelplan en verblijf.
De patiënten hebben ten aanzien van hun *sociale redzaamheid* dagelijks intensieve begeleiding nodig die voortdurend nabij is, met daarnaast een sterk gestructureerde dagindeling. Patiënten zijn nauwelijks in staat sociale relaties te onderhouden en de dag in te vullen. Tot deelname aan het maatschappelijk leven is men niet in staat, noch geïnteresseerd. Daarnaast ontbreken de besluitnemings- en oplossingsvaardigheden en moet het initiëren en uitvoeren van eenvoudige en complexere taken vaak worden overgenomen. De patiënten hebben begeleiding nodig bij het beheren van geld en het verrichten van administratieve handelingen. Ze reizen met begeleiding.
De patiënten hebben intensieve ondersteuning nodig ten aanzien van alle *cognitieve/ psychische functies*.
De *aard van het behandel-/begeleidingsdoel* kan ontwikkelingsgericht zijn, zodanig dat terugkeer naar huis dan wel plaatsing in een beschermende woonomgeving mogelijk wordt. Er is echter ook een groep patiënten die als chronisch is te beschouwen. Voor deze groep is stabilisatie en continuering van de situatie het uitgangspunt. Deze groep zal permanent behandeling nodig blijven hebben om verdere/nieuwe terugval te voorkomen.
Ten aanzien van *ADL* hebben de patiënten betreffende de verschillende aspecten behoefte aan toezicht en stimulatie en/of hulp. Er kunnen somatische problemen zijn die extra aandacht vragen; als gevolg van zelfverwaarlozing.
Ten aanzien van *mobiliteit* hebben de patiënten in het algemeen geen hulp nodig.
Bij deze patiënten is sprake van ernstige *gedragsproblematiek* die, mede vanuit de behandeling, voortdurend moet worden gereguleerd. Deze patiënten doen een groot beroep op hun sociale omgeving en zetten deze voortdurend onder druk met manipulatief gedrag. Ze zijn beperkt gevoelig voor correctie, hebben weinig inzicht in hun eigen aandeel bij interactieproblemen en een relatief beperkt leervermogen. Er is sprake van verbaal agressief gedrag, manipulatief, dwangmatig, destructief en reactief gedrag met betrekking tot interactie. Er kan sprake zijn van zelfverwondend of zelfbeschadigend gedrag.
De *psychiatrische problematiek* is bij deze patiënten over het algemeen actief van aard (de psychopathologie is floride en/of er is sprake van actieve middelenverslaving). De psychiatrische symptomen zijn moeilijk onder controle te krijgen. Er is regelmatig sprake van intensivering van de behandeling en begeleiding en er is regelmatige bijstelling van de medicatie nodig.
De *zorgverlening* is voortdurend in de nabijheid te leveren.
De *dominante grondslag* voor dit patiëntprofiel is meestal een psychiatrische aandoening, psychische stoornis (waartoe ook verslaving behoort).

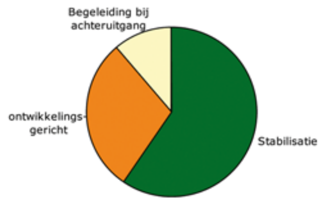
• Gemiddelde scores beperkingen



• Aard van de psychiatrische problematiek



• Behandel-/begeleidingsdoel



Functies en tijd per patiënt per week

• Verblijfszorg				• Dagbesteding	• Behandelaars (BH)	• Totaaltijd
Functie	BG	PV	VP	Indien dagbesteding: Gem. aantal dagdelen: 5 Gem. groepsgrootte: 5	Bij de zorgverlening zijn behandelaars betrokken.	Exclusief dagbesteding: 14,0 tot 17,5 uur Inclusief dagbesteding: 17,0 tot 21,0 uur
	ja	ja	ja			

Verblijfskenmerken

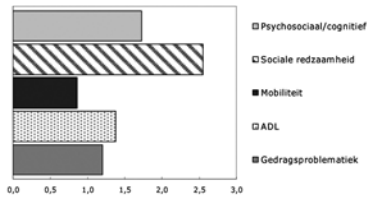
Setting: langdurige behandelafdeling met veel structuur.
Nachtdienst: wakende wacht/in nabijheid.
Leveringsvoorwaarde: voortdurend in de nabijheid.

ZZP 6B GGZ	Voortgezet verblijf met intensieve begeleiding en intensieve verpleging en verzorging

Patiëntprofiel

Deze patiëntgroep heeft vanwege een ernstige psychiatrische aandoening intensieve behandeling (geneeskundige zorg) nodig die het verblijf in een instelling noodzakelijk maakt. Daarnaast is er, in combinatie met een somatische aandoening, een lichamelijke handicap of verstandelijke beperking, intensieve begeleiding en zorg nodig. De verblijfsomgeving moet structuur, veiligheid en bescherming bieden en zijn aangepast aan de beperkingen van de patiënten (b.v. rolstoelgebruik). De behandelaar is integraal verantwoordelijk voor het behandelplan en verblijf.
De patiënten hebben ten aanzien van hun *sociale redzaamheid* dagelijks intensieve begeleiding nodig die voortdurend nabij is, met daarnaast een sterk gestructureerde dagindeling. Patiënten zijn nauwelijks in staat sociale relaties te onderhouden en de dag in te vullen. Tot deelname aan het maatschappelijk leven is men niet in staat, noch geïnteresseerd. Daarnaast ontbreken de besluitnemings- en oplossingsvaardigheden en moet het initiëren en uitvoeren van eenvoudige en complexere taken vaak worden overgenomen. De patiënten hebben begeleiding nodig bij het beheren van geld en het verrichten van administratieve handelingen. Ze reizen met begeleiding.
De patiënten hebben intensieve ondersteuning nodig ten aanzien van alle *cognitieve/ psychische functies*. De *aard van het behandel-/begeleidingsdoel* kan ontwikkelingsgericht zijn, zodanig dat terugkeer naar huis dan wel plaatsing in een beschermende woonomgeving mogelijk wordt. Er is echter ook een groep patiënten die als chronisch is te beschouwen. Voor deze groep is stabilisatie en continuering van de situatie of begeleiding bij achteruitgang het uitgangspunt. Deze groep zal permanent behandeling nodig blijven hebben om verdere/nieuwe terugval te voorkomen of te beperken.
Met betrekking tot *ADL* is er uitgebreide behoefte aan hulp, onder andere bij het eten en drinken, bij het zich wassen en kleden, de toiletgang, eten en drinken. De patiënt is op dit gebied nagenoeg volledig zorgafhankelijk. Bij deze patiënten is tevens vaak sprake van *verpleegkundig handelen* als gevolg van fysieke gezondheidsproblemen.
Ten aanzien van *mobiliteit* is met betrekking tot het maken van transfers (in en uit bed; in en uit rolstoel) hulp nodig.
Bij deze patiënten is sprake van *gedragsproblematiek*. De behandeling is mede gericht op het beheersbaar houden van deze gedragsproblematiek.
De *psychiatrische problematiek* is bij deze patiënten over het algemeen actief van aard (de psychopathologie is floride). De psychiatrische symptomen zijn moeilijk onder controle te krijgen. Er is regelmatig sprake van intensivering van de behandeling en begeleiding en er is regelmatige bijstelling van de medicatie nodig. De behandeling is zowel gericht op de psychiatrische problematiek als op de bijkomende problematiek.
De *zorgverlening* is voortdurend in de nabijheid of 24 uur per dag direct te leveren.
De *dominante grondslag* voor dit patiëntprofiel is meestal een psychiatrische aandoening, psychische stoornis (waartoe ook verslaving behoort), in combinatie met een somatische aandoening, een lichamelijke en/of verstandelijke handicap.

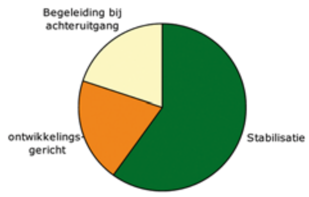
• Gemiddelde scores beperkingen



• Aard van de psychiatrische problematiek



• Behandel-/begeleidingsdoel



Functies en tijd per patiënt per week

• Verblijfszorg				• Dagbesteding	• Behandelaars (BH)	• Totaaltijd
Functie	BG	PV	VP	Indien dagbesteding: Gem. aantal dagdelen: 4 Gem. groepsgrootte: 4	Bij de zorgverlening zijn behandelaars betrokken.	Exclusief dagbesteding: 19,5 tot 24,0 uur Inclusief dagbesteding: 22,5 tot 27,5 uur
	ja	ja	ja			

Verblijfskenmerken

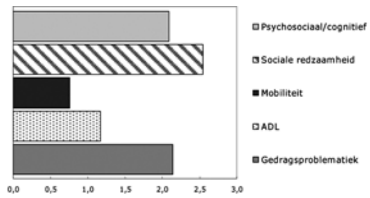
Setting: Langdurige behandelafdeling met veel structuur.
Nachtdienst: wakende wacht/in nabijheid.
Leveringsvoorwaarde: voortdurend in de nabijheid of 24 uur per dag direct aanwezig.

ZZP 7B GGZ	Beveiligd voortgezet verblijf vanwege extreme gedragsproblematiek met zeer intensieve begeleiding

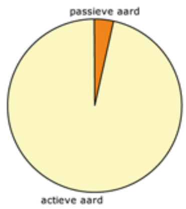
Patiëntprofiel

Deze patiëntgroep heeft vanwege een zeer ernstige psychiatrische aandoening zeer intensieve behandeling (geneeskundige zorg) nodig die het verblijf in een instelling noodzakelijk maakt. Daarnaast is zeer intensieve begeleiding nodig met daarnaast intensieve verzorging, een buitengewoon gestructureerd klimaat en grote mate van beveiliging en bescherming. De verblijfsomgeving moet hier op zijn afgestemd. Er is een specifieke bouwkundige setting en specifieke beveiligingsklimaat nodig. De behandelaar is integraal verantwoordelijk voor het behandelplan en verblijf.
De patiënten hebben ten aanzien van hun *sociale redzaamheid* dagelijks zeer intensieve begeleiding nodig die voortdurend nabij is, met daarnaast een buitengewoon sterk gestructureerde dagindeling. Patiënten zijn niet in staat sociale relaties te onderhouden en de dag in te vullen. Deelname aan het maatschappelijk leven is vanwege de extreme gedragsproblematiek niet aan de orde. Verder ontbreken alle besluitnemings- en oplossingsvaardigheden en moet het initiëren en uitvoeren van eenvoudige en complexere taken volledig worden overgenomen.
De patiënten hebben intensieve ondersteuning nodig ten aanzien van alle *cognitieve/ psychische functies*.
De *aard van het behandel-/begeleidingsdoel* kan ontwikkelingsgericht zijn, zodanig dat terugkeer naar huis dan wel plaatsing in een beschermende woonomgeving mogelijk wordt. Er is echter ook een groep patiënten die als chronisch is te beschouwen. Voor deze groep is stabilisatie en continuering van de situatie het uitgangspunt. Deze groep zal permanent een behandeling nodig blijven hebben om verdere/nieuwe terugval te voorkomen.
Ten aanzien van *ADL* hebben de patiënten betreffende de verschillende aspecten behoefte aan enige hulp. Bij deze patiënten is regelmatig tot vaak *verpleegkundig handelen* nodig (medicatie en gezondheidsbescherming).
Ten aanzien van *mobiliteit* hebben de patiënten in beperkte mate hulp nodig. Uit veiligheidsoverwegingen kan geen sprake zijn van het zelfstandig verplaatsen buitenshuis.
Deze patiënten kennen verschillende vormen van extreme *gedragsproblematiek*. Dit betreft verbaal agressief, lichamelijk agressief, destructief, manipulatief, dwangmatig, ongecontroleerd en reactief gedrag. Hierbij is continu behoefte aan hulp, toezicht of sturing. Daarbij is zelfverwondend of zelfbeschadigend gedrag eveneens te verwachten. De patiënten doen een groot beroep op hun sociale omgeving en zetten deze continu onder druk. Ze zijn ongevoelig voor correctie, hebben geen inzicht in hun eigen aandeel bij interactieproblemen en hebben een zeer beperkt leervermogen. *Ze kunnen frequent en onvoorspelbaar fors gewelddadig reageren.*
De *psychiatrische problematiek* is bij deze patiënten over het algemeen actief van aard (de psychopathologie is floride). De psychiatrische symptomen zijn moeilijk onder controle te krijgen. Er is regelmatig sprake van intensivering van de behandeling en begeleiding en er is regelmatige bijstelling van de medicatie nodig.
De *zorgverlening* is voortdurend in de nabijheid te leveren.
De *dominante grondslag* voor dit patiëntprofiel is meestal een psychiatrische aandoening, psychische stoornis (waartoe ook verslaving behoort).

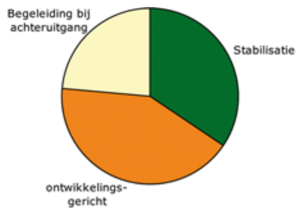
• Gemiddelde scores beperkingen



• Aard van de psychiatrische problematiek



• Behandel-/begeleidingsdoel



Functies en tijd per patiënt per week

• Verblijfszorg				• Dagbesteding	• Behandelaars (BH)	• Totaaltijd
Functie	BG	PV	VP	Indien dagbesteding: Gem. aantal dagdelen: 5 Gem. groepsgrootte: 3	Bij de zorgverlening zijn behandelaars betrokken.	Exclusief dagbesteding: 27,5 tot 33,5 uur Inclusief dagbesteding: 32,5 tot 39,5 uur
	ja	ja	ja			

Verblijfskenmerken

Setting: gesloten behandelafdeling
Nachtdienst: wakende wacht/in nabijheid.
Leveringsvoorwaarde: voortdurend in de nabijheid.